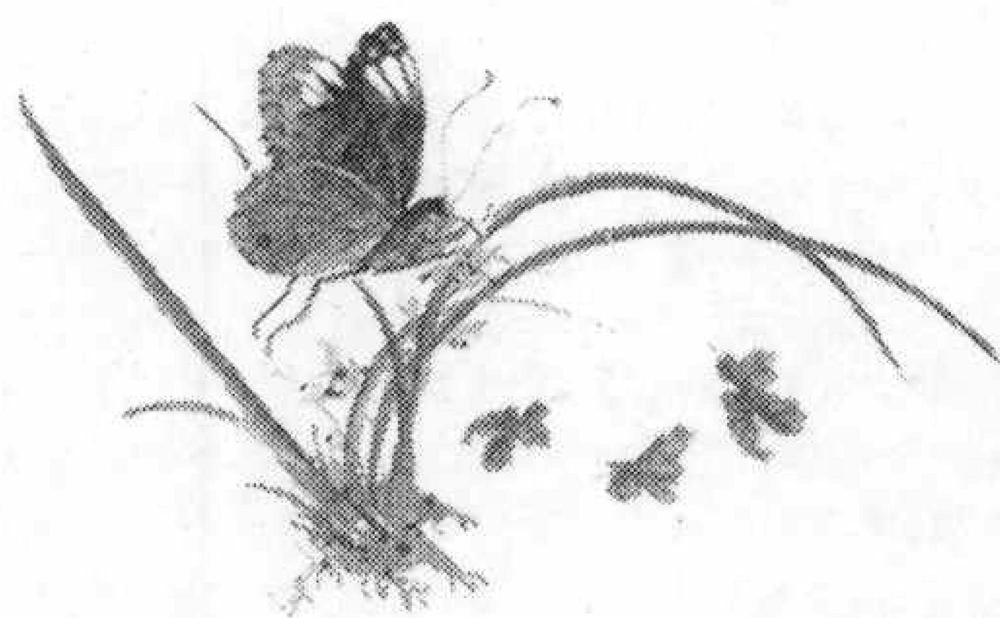


序言

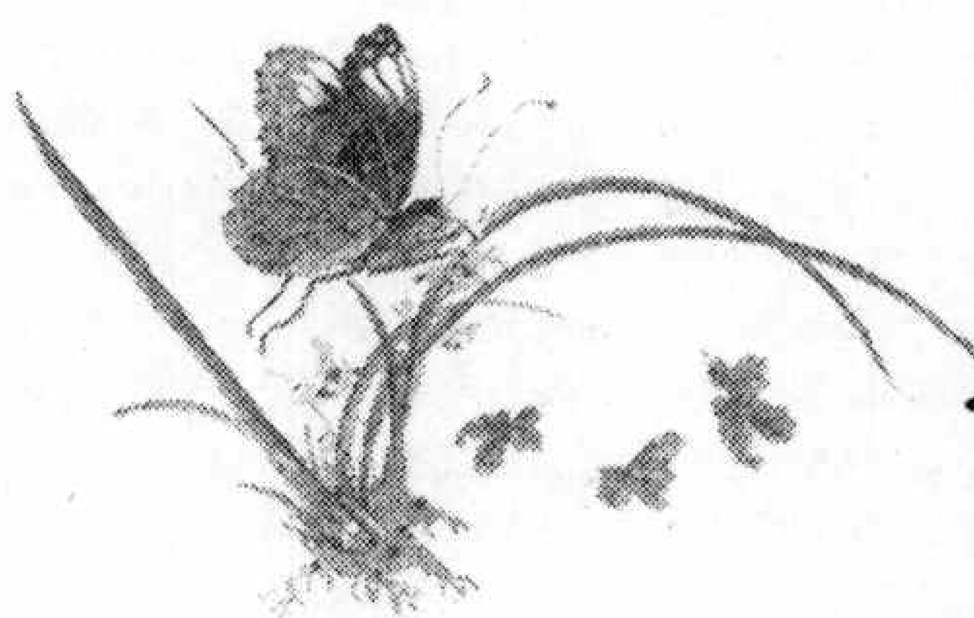
名家医案，是中医学伟大宝库中的瑰宝，不仅是名家临证诊疗的实录，更是诸多名家理论联系实际，临证思辨功力的反映。后人学习研读前辈名家医案，解析名家心法，就仿佛得到了名师的耳提面命。在跨越漫漫岐黄路，穿行崎岖杏林道的进程中，能常将名家医案置于案头，潜下心来，辑佚钩沉，每可获得登堂入室之阶梯。

田元祥博士从事中医事业有年，于医案学研究造诣尤深，其主编的《古今中医名家医案精选导读丛书》计 200 余万字，分为《内科名家医案精选导读》、《外科名家医案精选导读》、《妇科名家医案精选导读》、《儿科名家医案精选导读》、《针灸名家医案精选导读》和《中医名家诊断医案精选导读》6 个分册。是书将宋代以降的古今名医疑难病例验案以病名为纲，医家为目，进行了系统整理，并于每章后加有导读，便于读者掌握要领，易于师法，因而具有较强的实用性、科学性及可读性。

愿这部丛书对广大读者提高各科疑难病证的临床诊疗水平有所裨益，为弘扬中医学术，光大中医事业做出贡献。

刘景源

2007 年 5 月



前言

《古今中医名家医案精选导读丛书》包括了《内科名家医案精选导读》、《外科名家医案精选导读》、《妇科名家医案精选导读》、《儿科名家医案精选导读》、《针灸名家医案精选导读》和《名家诊断特色医案精选导读》6个分册，200余万字。书中原案，选自古今知名医家。上溯宋代，如许叔微、钱乙等，下迄近现代，如施今墨、蒲辅周、董建华、陈苏生、魏龙骧等全国有影响的名老中医。

本书在编写过程中遵循以下原则：①选择医家的时间跨度不限，从古至今均可。②尽量选择名家辨证论治准确，疗效较好，学术思想颇有启迪作用的名案。是名家但医案很普通则不选入；虽然不是名家，但是医案非常好，也部分选入。③原案后加有导读，提示该案要点，或发明医理之新知，或阐论辨证之要、立法之旨、选方之意、用药之蕴、煎服之机、调护之妙，可使读者尽得其要领，易于师法名家。④保持原案面貌，尽管所选医案的时间跨度较长，期间计量单位标准、理化检查方法等多次调整，书写记载不一，为了尊重历史，尽量保持原案面貌。

本书具有较强的实用性、科学性、可读性，是中医、西医、中西医结合临床工作者和医学院校师生的实用参考书和案头常备书，亦可作为研究生教学的读本使用。详读此书，能快速提高相关科别临床诊疗技能，是揣摩名家临证心法，早日登堂入室的阶梯和捷径。

当然，由于作者水平所限，书中如有谬误、不当之处，祈请读者批评指正。

编　者

2007年5月



目录





第1章 内科病证

第一节 咳 嗽

一、田从豁

肺脾气虚型咳嗽（慢性支气管炎）《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

赵某，男，69岁，干部，1997年4月10日初诊。病史：1年前因感冒引起咳嗽，入夜为甚，咳嗽时需服强力镇咳药（可待因类），经服用多种抗生素、静脉输液（青霉素、头孢类）效果不明显，曾服用多种中成药如羚羊清肺丸、通宣理肺丸，效均不显。经西医诊断为慢性支气管炎。患者现仍咳嗽，入夜较重，咳嗽呈阵发性，咳重时胸痛、胸闷、气息难继，面色憋红，伴有咳痰，痰色白，难咳出，咽痒，食欲不振，纳食量少，倦怠乏力，精神不振，并经常鼻塞、流涕。检查：面色不华，形体适中，气短懒言，咳声低沉，喉中有痰，舌尖红，边有齿痕，苔薄白，脉沉弦细。诊断：中医为咳嗽（肺脾气虚）；西医为慢性支气管炎。治则：益气止咳。治疗：首取大椎、肺俞、膈俞、脾俞、肾俞，用补法，针后拔罐。10次后取天突、华盖、膻中、中脘、足三里，用补法。背部肺俞、膈俞、脾俞、肾俞拔罐。其间曾加用列缺、尺泽，行平补平泻手法。疗效：针治2次后，咳嗽好转，白天咳嗽明显减轻，时有夜间咳嗽，痰白量不多，易咳出。针治20次后，患者咳嗽已除，痰仅在晨起有少量，易咳出。继针10次以巩固疗效。

二、郑魁山

（一）肺脾气虚，脾虚生湿型咳嗽《郑氏针灸全集》

赵某，女，52岁，工人。咳嗽5年，每年冬季病情加剧，久治不愈，有时连续咳

嗽，咳痰黏稠费力而量少，有时咳痰稀白滑利而量多，咳嗽重时常有胸闷、气喘、气短，疲乏无力，食欲减少，舌质淡，苔白腻，脉滑。证系久咳伤肺，肺虚及脾，脾虚生湿，湿痰侵肺。采用补益肺气，健脾和胃，利湿化痰之法治之。先针肺俞、脾俞、百劳用热补法，使温热感传到胸胁，不留针，配膻中、太渊、太白用补法使针感传到四肢末端，丰隆用平补平泻法，使针感传到足趾，留针 30min，每日 1 次。针治 1 次后咳痰减少，针治 18 次即愈，3 个月后随访未复发。

(二)外感时邪，痰浊阻滞型咳嗽(百日咳)《郑氏针灸全集》

张某，女，8 岁，学生。因阵发性痉咳、伴呕吐已 10d，1970 年 3 月 15 日初诊。患者 1970 年 3 月 5 日开始咳嗽，晚上发热，逐渐加剧，每日连续痉咳 20 余次，夜间尤甚。痉咳时目赤、涕泪俱下，咳后有鸡鸣样回声，伴有呕吐，面色苍白。检查：颜面水肿，两眼球结膜有片状出血，舌苔白腻，质红，体温 38℃，脉浮滑，80/min。化验检查：白细胞 1.2×10^9/L，中性 0.7，淋巴 0.3。西医诊断为百日咳，中医辨证系外感时邪，肺失肃降，痰浊阻滞。采用清肺祛邪，止咳化痰之法治之。取百劳、大椎、陶道、定喘、列缺，用平补平泻法，留针 20min，每日 1 次。针治 3 次时，发热消退，咳嗽减轻，体温 37℃。治疗至 3 月 25 日，针达 10 次时，治愈停诊。1970 年 6 月 1 日随访，上学后未再复发。

三、陈作霖

肺阴虚型咳嗽(慢性支气管炎)《中国当代针灸名家医案》

赵某，男，32 岁。主诉：咳嗽、潮热 1 年多。病史：患者 1 年来干咳少痰，咳甚则胸痛，痰中夹有血丝，口干少津，午后潮热，晚间盗汗淋漓，饮食不多，身体疲乏。检查：形体消瘦，舌苔薄，舌质红，脉象细数。诊断：中医为咳嗽；西医为慢性支气管炎。治疗：养阴清肺。取穴：太渊、太溪、鱼际，操作：太渊、太溪用补法，留针 20min，鱼际用泻法。2 诊后症状如上，未见进退，仍在上方加阴陵泉，行补法。3 诊后咳痰较爽，痰稍稀，盗汗亦减，但午后仍有潮热，续予上法。5 诊后口干少津已明显好转，咳已偶作，盗汗已止，午后潮热亦除，但两颧微红尚在，据症可知，阴液已有来复之象，虚热尚未清除，前方既合，仍以前方续进。8 诊后诸症已除，仅发偶咳。针太渊、阴陵泉、太溪，均以补法以巩固疗效，共针治 10 次而愈。

四、邱茂良

寒客肌表，痰阻于肺型咳嗽《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

张某，女，30 岁，工人。患者因寒热咳嗽 3d 而就诊。症见恶寒发热，少汗，头痛体疼，咳嗽颇剧，咳吐白色黏痰，夹有黄痰，喉痒气急，咳引胸痛，胸膺塞闷，口干欲饮，舌苔薄腻，脉浮滑。检查：体温 38.8℃，白细胞 12×10^9/L(12 000/mm^3)，中性 0.84，淋巴 0.14，嗜酸 0.02。胸透(—)。证属风寒客于肌表，痰浊阻于肺中，肺



气失宣。须防化热，急宜解表宣肺化痰。取穴：风门、肺俞、大椎、尺泽、合谷、复溜。用提插泻法，紧提慢按，反复行针后留针20min，当晚即得畅汗，寒热渐退。次诊原方去大椎、合谷、复溜，加太渊以理肺，加天突以祛痰，连续3次，即告痊愈。

五、邵经明

(一)脾胃虚弱型咳嗽(慢性支气管炎)《中国当代针灸名家医案》

李某，男，50岁，干部，1989年7月21日初诊。主诉：吐痰多，咳嗽少已3年余。病史：患者于1986年3月初，因感受寒凉而患急性支气管炎。虽经医治，但未完全治愈，后转为慢性，经常轻微咳嗽，吐痰多，入夜尤甚。3年来多次经医院检查，胸部透视心肺正常，均诊断为慢性支气管炎。虽经常服用中西药物，有时也有些疗效，但都不很明显，病情时轻时重，每逢气候寒凉，特别是今年初夏以来，吐痰量和次数明显增加(一般集中于晚饭后，睡觉前，有时在半夜)，影响睡眠。吐痰持续时间，短则1～2h，长则3～4h，严重之时可达5h以上，故来求治。检查：神志清楚，语言流利，形体消瘦，面色黄白，活动灵活，咳嗽，吐痰量多，色白。舌淡少苔，脉沉细无力。诊断：痰多咳少证(慢性支气管炎)，脾胃虚弱型。治疗：理肺益气，健脾化痰。取穴：肺俞、大椎、风门；配穴：脾俞、胃俞、中脘、足三里。操作：隔日针灸1次，每次留针30min，中间行针2～3次，用提插捻转补法，针灸并用，有时针后拔火罐，根据病情，艾灸、拔火罐轮换运用。从初诊到8月下旬，计针治2个疗程，吐痰症状明显减轻，食欲改善，精神振作，夜间入睡基本正常。9月上旬出差10多天，情况仍然很好。但在9月中旬感冒，吐痰有些反复。但程度较前轻，多在后半夜或午饭时。9月21日又来进行针灸治疗。连续针后拔罐治疗2次，症状开始减轻，计针7次，由于进入寒凉季节，气候变冷，停止治疗，让其自行用灸法灸足三里、关元，以增强体质，稳定近期疗效。

(二)肺虚型咳嗽(慢性气管炎)《中国当代针灸名家医案》

陈某，女，40岁，工人，1989年8月18日初诊。主诉：干咳已3年。病史：患者在3年前7月间，因感冒发热，治愈后，经常咽干喉痒，出现干咳，但无痰，由于当时对食欲和工作影响不大，所以没有引起重视。之后病情逐渐加重，特别是每逢进食辛辣之食物，咽干舌燥，甚至喉痛，干咳加重，经药物治疗效果不明显。近3个月来，咳嗽加剧，有时有少量黏痰，不易咳出，夜间影响睡眠，故来我科要求针灸治疗。检查：神志清楚，语言流利，形体中等，动作自如，干咳少痰，面色潮红。舌红少苔，脉细数。诊断：干咳无痰证，肺虚型。治疗：滋阴清肺，化痰镇咳。取穴：肺俞、大椎、风门；配穴：尺泽、太渊、鱼际。操作：每日针后拔火罐1次，每次留针30min，中间行针2～3次，3主穴用平补平泻，尺泽、鱼际用泻法，太渊用补法。经1疗程10次治疗，干咳和咽干鼻燥完全消失。休息1周后改为隔日针后拔火罐1次，又进行1个疗程的治疗，病情稳定，获得近期疗效。

六、王松荣

肺热型咳嗽(肺炎并发胸膜炎)《中国当代针灸名家医案》

曾某,男,24岁,邵阳市人,1983年10月7日初诊。主诉:咳嗽、吐脓痰1个月余。病史:患者1个月前,因患流感并发肺炎住入邵阳市某医院,经治疗症状明显减轻,但仍有低热不退,咳嗽、吐脓痰,伴大脑痛、呼吸不畅等症,经某医院诊断"肺炎并发胸膜炎"。治疗1周后无效。现仍咳脓痰,口干引饮,纳差神疲。检查:神志清楚,形体中等,无喘息,无汗,舌质红绛,苦薄黄,脉数。体温38.3℃,胸部X线摄片显示左肺部有片状密度阴影。白细胞50×10^9/L(50 000/mm³),中性0.86。诊断:咳嗽(肺炎并发胸膜炎),肺热型。治疗:清宣肺热,化痰止咳。取穴:①组为曲池、太渊、足三里、丘墟。②组为尺泽、肺俞、大杼、太溪。操作:每日针刺1组,交替使用。经5次治疗后,症状完全消失,临床治愈。

七、路绍祖

痰湿型咳嗽(慢性支气管炎)《中国当代针灸名家医案》

国某,女,37岁,营业员,1974年3月5日初诊。主诉:咳嗽咳痰反复发作10余年,复发1周。病史:患者10余年前因受凉后发生咳嗽、咳痰。经诊为上感,服中西药物治愈,但以后每当气候转冷或受凉则复发,有时伴恶寒发热,咳白色清痰或黄黏稠痰,继之闻油烟后亦易诱发咳嗽咳痰,逐渐加重,近3年来发作较频,甚时伴胸闷气喘。近1周因劳累兼受寒又致病发,咳嗽咳白黏痰,伴胸脘满闷,胃纳不佳,四肢乏力。检查:面色疲惫,舌苔白腻,脉象濡滑。颈软,气管正中,甲状腺不大,胸廓对称,叩呈清音,听诊时呼吸音低,两肺底部可闻散在粗细不等的干、湿啰音。X线胸部透视检查显示,支气管纹理增粗,尤以肺门处明显。诊断:咳嗽,痰湿型。治疗:健脾燥湿,理气化痰。取穴:天突、膻中、肺俞、定喘、足三里、丰隆、三阴交。操作:毫针刺,平补平泻法,留针15～20min,每次取2～4穴,间日治疗1次,肺俞以拔火罐为主,定喘、丰隆交替用9号注射针头植"0"号羊肠线1cm于皮下组织内,用30号毫针剪去针尖磨平作针芯,将羊肠线推入腧穴,每周1次。经过治疗5次后症状逐渐减轻,肺部干、湿啰音减少,治疗30次后症状、体征均消失。嘱患者在家用艾条自灸关元、曲池、气海、足三里以扶正固本,必要时配合中药巩固疗效。

八、钟梅泉

(一)痰热蕴肺,肺气失宣型咳嗽(百日咳)《中国梅花针》

张某,女,6岁。1960年10月5日初诊,患阵发性痉挛性咳嗽1个月。每日发作15～20次,每次连咳几十声,有时咳后即呕吐,或有回声如鸡啼。胃纳差,小便



黄。曾服消炎片、止咳剂未收效。检查：体温 36.8℃，眼睑轻度水肿，胸透心肺无异常，小便常规正常。诊断为百日咳。在颈椎 4～7 两侧和胸椎 3～8 两侧可摸到条索，颌下有结节和压痛，膻中有压痛。脉细滑，舌苔薄腻。证属痰热蕴肺，肺气失宣，拟以清热润肺，镇咳化痰为治。根据病证，选取后颈部、胸椎 1～8 两侧、骶部、气管两侧、剑突下、中脘、太渊、肺俞、内关、合谷、阳性物处进治。采用梅花针治疗 2 次后，阵发性痉咳次数减少，其他症状亦减轻，继续治疗 3 次，症状基本消失，精神转佳，食量增加，再巩固调治 5 次，症状消失治愈。

(二)肺肾不足型咳嗽(慢性支气管炎，轻度肺气肿)《中国梅花针》

代某，男，37 岁，干部，病历号：8560。1962 年 10 月 19 日初诊，患慢性支气管炎已 9 年。一年四季均咳嗽，早晚咳重、痰多、胸闷、气短、胃纳不佳、腰酸，夜尿 3～4 次。曾服中西药物、单验方等治疗均未收明效。在北京几个医院检查，诊断为慢性支气管炎，轻度肺气肿。检查：体温 37℃，血压 110/74mmHg(14.7/9.86kPa)，心肺听诊未见明显异常。胸透：两侧肺透光度略高，余无异常。脉细滑，舌苔薄。胸椎 3～12 两侧有条索并有压痛，腰部有泡状软性物，后颈部及胸锁乳突肌处可摸到条索和结节、天宗穴有压痛。证属肺虚咳嗽，肾气不足。拟以润肺化痰，益气补肾为治。根据病证，选取脊柱两侧、气管两侧、前后肋间、腋中、天突、太渊、孔最、中脘。重点叩打胸部、腰部、肾俞、气管两侧、下颌部、阳性物处进治。采用梅花针治疗 6 次后，症状好转，治疗 14 次后，咳嗽吐痰明显减少；治疗 20 次后症状基本消失。随后再巩固调理 18 次，诸症消除，胃纳转佳，精神好，胸透：心肺正常。随访观察 3 年，未见复发，疗效巩固，和常人一样参加工作。

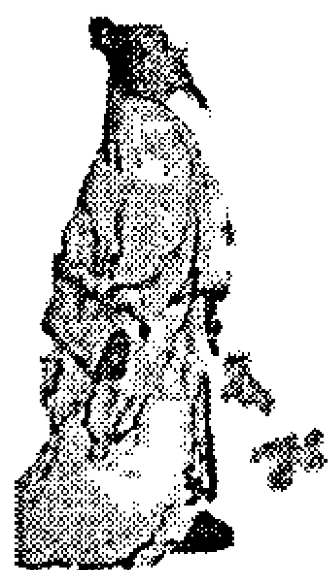
九、王秀珍

咳嗽(慢性气管炎)《刺血疗法》

秦某，男，46 岁，工人。咳嗽病史 20 多年，多在冬季或受凉后发病，从秋到春，每年咳 4～5 个月，咳吐白色泡沫样痰，不喘。经常服用止咳糖浆、麻黄碱、土霉素等药，当时有效。平时嗜好烟酒。多次胸透检查报告，两肺纹理增多。诊断：咳嗽，慢性气管炎。治疗经过：1973 年 2 月行刺血治疗，取穴太阳、丰隆，先后刺血治疗 2 次，病情逐日减轻。遵医嘱，每日只吸 1～2 支烟。1978 年 12 月追访，仅在受凉后或多吸烟后有几声咳嗽，基本痊愈。

【导读】

咳嗽是指肺失宣降，肺气上逆作声，咳吐痰液而言，咳嗽既是独立性的病证，又是肺系多种疾病的主要症状之一。部分慢性咳嗽经久反复，可发展至喘。现代医学中上呼吸道感染，急、慢性支气管炎，部分支气管扩张症，慢性咽炎均可概括于本病范畴中。咳嗽病名最早见于《黄帝内经》，该书指出咳嗽的病位在肺，外邪犯肺可以致咳，其他脏腑受邪，功能失调而影响于肺者亦可致咳，咳嗽不只限于肺，也不离



乎肺，为后世医家对咳嗽病证的研究奠定了理论基础。明·张介宾将咳嗽分为外感、内伤两大类，丰富了辨证论治的内容。

针灸治疗咳嗽早在《黄帝内经》就有记载，并提出五脏之咳，应取输穴，六腑之咳，应取合穴。以后历代医家对咳嗽阐述较多，如《针灸甲乙经》、《备急千金要方》、《针灸资生经》、《针灸大成》等著作中均记载有咳嗽的证治及针灸处方。

本节所选医案中各医家均认为咳嗽的病因有外感、内伤两大类。外感咳嗽为六淫外邪侵袭肺系；内伤咳嗽为脏腑功能失调，内邪干肺。不论邪从外入，或自内而发，均可引起肺失宣肃，肺气上逆作咳。咳嗽的病变主脏在肺，与肝、脾有关，久则及肾。咳嗽的治疗应分清邪正虚实。外感咳嗽，多为实证，应祛邪利肺，内伤咳嗽，多属邪实正虚。标实为主者，治以祛邪止咳；本虚为主者，治以扶正补虚。除直接治肺外，还应从整体出发，注意治脾、治肝及治肾等。

田从豁医案：田氏认为咳嗽虽非重症，但缠绵难愈。所治病例久咳伤肺，致肺气不足，继而影响脾气，后天之本受损，不能受纳腐熟水谷精微，而致肺脾气虚，故辨证为肺脾气虚型咳嗽，西医诊断为慢性支气管炎，针治以益气止咳。选用大椎为人体强壮要穴，调动体内阳气，增强机体抗病能力。肺俞、脾俞、肾俞补益肺脾肾，通过调整先后天以增补元阳，膈俞调理气血。天突、华盖、膻中调理中、上二焦气机，中脘、足三里补益中气，列缺、尺泽调肺止咳，诸穴相配，有调理气血、补益脾肺、理气止咳的作用，在治疗方法上以针刺补法配合背俞穴拔罐，使选穴与治法密切配合，相得益彰。

郑魁山医案：郑氏认为治疗咳嗽，组方配穴应遵循“理肺止咳，勿忘五行”的原则。所治病例①为肺脾气虚，脾虚生湿型咳嗽，取脾之输穴太白，属土，为土中之土，用补法可培土生金，配脾之合穴阴陵泉，用补法能健脾助运，肺之输穴太渊用补法能补肺气，诸穴合用补益脾肺，湿痰可除。病例②为外感时邪，痰浊阻滞型咳嗽；西医诊断为百日咳。郑氏认为百日咳常因疫毒之邪从口鼻入肺，肺失肃降，痰浊阻滞气道所致。根据个人临床经验取大椎、陶道、身柱、定喘、肺俞、列缺用平补平泻法，以疏风清肺，止咳化痰而愈。

陈作霖医案：所治病例辨证为肺阴虚型咳嗽，西医诊断为慢性支气管炎。患者肺阴不足，阴虚内热，耗伤津液，治应养阴清肺。取手太阴经之输穴太渊，以“培土生金”，虚则补其母；取手太阴经之荥穴鱼际，并用泻法以清肺经之虚热；又因肺肾同源，故取足少阴之输穴太溪以补益肾阴。脾虚不能散津，二诊时加足太阴经之阴陵泉，加强脾的转输之功。各穴均用补法，可补肺脏之虚，加之脾能散津，肾阴助化，津液自复，内热可除，肺气得降，咳嗽自止。

邱茂良医案：邱氏认为急、慢性气管炎可归属于咳嗽的范畴，急性气管炎开始多见表证，治疗应以解表为主，由于其病理变化一般多局限于肺卫，治疗较易，针灸多能取得较好疗效。所治病例发病急，病程短，辨证为寒客肌表，痰阻于肺型咳嗽。



邱氏为防本病寒邪入里化热，急用风门、肺俞、大椎、尺泽、合谷、复溜提插泻法，解表宣肺化痰，反复行针后留针，当晚即得畅汗，寒热渐退。表解后去大椎、合谷、复溜，加太渊、天突以理肺祛痰即告痊愈。邱氏临床体会肺俞以上背部穴位，对外感风寒证均有一定治疗作用。风门、肺俞灸法，解表退热，理肺化痰作用明显。艾盒温灸过程中，头痛、鼻塞的症状可能渐渐化解。丰隆化脏腑久虚之痰，或肺内、肺底之痰，急性感染时出现的喉头之痰，用颈项穴效果更佳。

邵经明医案：邵氏认为采用针灸治咳，应以肺俞、大椎、风门3穴为主，因肺俞是肺脏经气输注部位，可统治肺系内伤外感诸疾；大椎属督脉与诸阳经之会穴，可治诸热证，又有宣通肺气平喘之效；风门则有祛邪平喘，预防感冒的作用，3穴同用可调节和改善肺功能。所治病例①辨证为脾胃虚弱型咳嗽，西医诊断为慢性支气管炎，实为临床常见病，多发病。但患者吐痰量之多，夜间吐痰时间之长，临床则不多见，对睡眠和工作有一定影响。治疗应理肺益气，健脾化痰。除以3主穴为主宣肺止咳外，配用中脘、足三里、脾俞、胃俞健脾胃，化痰浊，祛痰饮，以杜生痰之源。治疗中针、灸、拔火罐轮换运用，症状减轻后嘱患者自行灸足三里、关元，以增强体质，巩固疗效。病例②辨证为肺虚型咳嗽，西医诊断为慢性气管炎，但患者干咳无痰，咽干鼻燥，属于肺阴不足，治疗以3主穴配尺泽、太渊补泻兼施，有补母泻子益肺润燥之意；配手太阴肺经之荥穴鱼际用泻法，泻肺火，润肺燥。针后拔火罐具有很好的清肺抑燥镇咳效果。同为咳嗽，症状不同，则辨证不同，治疗时在3主穴基础上加用不同配穴，采用不同治疗方法，体现出中医学“同病异治”的理念。

王松荣医案：所治病例由外邪袭表，肺卫失宣，肺失肃降而致咳嗽。肺郁日久而化热，热灼津伤，炼液成痰，辨证为肺热型咳嗽，西医诊断为肺炎并发胸膜炎，治宜清宣肺热，化痰止咳。①组取手阳明大肠经合穴曲池配胆经原穴丘墟泄热宣肺；肺经输穴太渊宣肺止咳；足阳明合穴足三里以健后天之本，4穴为一组。②组取肺经水穴尺泽、肺俞以泻肺中蕴热，消痈祛痰；补太溪以滋阴清热；泻大杼以泻胸中之热，4穴为一组，交替使用，相得益彰，故收桴鼓之效。

路绍祖医案：所治病例辨证为痰湿型咳嗽，西医诊断为慢性支气管炎。路氏认为咳嗽发作期治疗应以祛邪、化痰、平喘为主，取足三里、丰隆、三阴交健脾燥湿，天突、膻中、肺俞、定喘理气，化痰平喘，操作时四肢腧穴以针灸为主，因咳喘患者易于并发肺气肿，胸壁较薄，针刺不慎易造成气胸，所以背部腧穴以拔火罐为主，既安全，祛痰、止咳、平喘作用又显著。治疗中交替在定喘、丰隆进行埋线，有利于症状的减轻。路氏认为缓解期治疗应扶正固本，可常用灸大椎、曲池、关元、神阙、气海、足三里等强壮穴，有利于减少发作，巩固疗效。

钟梅泉医案：钟氏认为百日咳多因外受时邪，内有痰火，闭郁肺经，肺气壅遏不通所致。本病在颈椎4～7两侧和胸椎1～8两侧可摸到条索及压痛，颌下有条索或结节并有压痛，膻中穴有压痛。治疗时一般采取中等程度刺激手法，阳性物和阳



性反应区采用较重刺激手法。所治病例①辨证为痰热蕴肺，肺气失宣型咳嗽，西医诊断为百日咳，病属中期（痉咳期）。采用梅花针在后颈部、胸椎1～8两侧、骶部、气管两侧、剑突下、中脘、太渊、肺俞、内关、合谷、阳性物处治疗，对本病疗效较好，尤其对初期患者疗效更好，收效较快。钟氏认为梅花针对慢性支气管炎治疗效果尚好，但必须经过较长时间治疗。病例②为肺肾不足型咳嗽，西医诊断为慢性支气管炎，轻度肺气肿。采用梅花针选取脊柱两侧、气管两侧、前后肋间、腋中、天突、太渊、孔最、中脘、下颌部、阳性物处进治。重点叩打胸部、腰部、肾俞、气管两侧、下颌部、阳性物处。治疗后症状基本消失，巩固调理，诸症消除。

王秀珍医案：王氏认为咳嗽的病机为肺气失畅，致血行不利。唐容川《血证论》说："须知痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血则痰水自消"。西医学认为慢性气管炎继发感染时，支气管黏膜明显充血、水肿，并有大量中性白细胞浸润。血液流变观察发现慢支患者血液浓而黏，血流受限，流动缓慢，与中医瘀血的病理改变相符。刺血治疗此病，旨在消除支气管黏膜充血、水肿的病理变化，使气血通畅，咳嗽可止，痰水自消。王氏所治病例取穴太阳、丰隆刺血两次，病情基本痊愈，充分肯定了刺血的疗效。

第二节　哮　　病

一、张涛清

肺肾两虚型哮病（支气管哮喘）《张涛清针灸治验选》

于某，男，60岁。自诉：患支气管哮喘已20余年，每年8～10月发病。发病前有目赤，咽干，鼻痒，喷嚏，烦躁等前兆。1～2d后在夜间突然发病，咳嗽胸闷，气急，哮鸣，不能平卧，每日发作2～3次。曾在北京等地作过敏原检查，西医诊断为支气管哮喘，曾服氨茶碱、沙丁胺醇及中药煎剂治疗，开始用药哮喘发作常能控制。近几年随着年岁的增长，病情逐渐加重，心悸，胸闷，喉鸣，呼吸困难发作频繁，慕名张老，经同事介绍来兰州，要求针灸治疗。

检查：患者端坐呼吸，张口抬肩，哮鸣气喘，呼吸困难，吸气短促，呼气延长，听诊有明显哮鸣音，舌红，苔白腻，脉细数。证属肺肾两虚型哮病。治疗：采用宣肺，理气，化痰，健脾，益肾之法。穴取肺俞、大椎、风门、脾俞、肾俞、中府、天突各穴针刺后并在肺俞穴上坐罐10min，随后在关元、膻中穴上用艾条温和灸5min，每日针灸1次，7次后改为隔日取单穴针灸1次，10d为1疗程，中间间隔3d，连续治疗4疗程，诸症消失病愈，后过京随访，疗效巩固。



二、魏稼

(一)寒邪袭肺,痰气壅滞型哮病(支气管哮喘)《魏稼针灸经验集》

王某,男,28岁,职员,1993年12月2日初诊。主诉:16岁时,因深秋期间郊游后下河游泳,突发哮喘。以后每年秋冬季均发,经中西医多方治疗,发时服消炎、定喘药或激素,仅能暂时缓解,难以根治。曾作过敏原检查,认为与花粉、灰尘、螨虫有关。此次发作,再用上药,未能收效,故来求针治。患者受凉易感冒,日前因天气骤变,寒潮到来,又出现鼻流清涕,喷嚏频频,咳嗽痰多而白,不易咳出,胸闷气逼,呼吸闲难,喘息,吸气特难,声如曳锯,喉中漉漉,如水鸣声,不能平卧,晚间加重,难以入眠。前因喘太甚,致右侧第5肋骨骨折,现已愈合。口腻多涎,咽干舌燥而不欲饮水,夜尿多,余沥不尽,畏寒,舌苔白腻,脉滑稍数,食纳尚可,二便正常。诊为寒邪袭肺,肺失宣降,痰气壅滞,治宜宣肺祛痰,平喘理气,本拟用针刺治疗,因患者不能坚持每日就诊,故改用白芥子等为末敷膻中、膏肓、定喘等穴,5d后未见好转,乃加用一般毫针刺上穴以及肺俞、天突、风池、足三里、阴陵泉、外关、合谷等。又5d仍未有进退,于是改用"飞针"调气法,取穴基本同上,但定喘取法及针法是,第1~5胸椎棘突下缘旁开0.5寸处均是(实即夹脊穴),术前在其上下寻找压痛过敏点作为每次针刺重点,进针为45°角,针尖向下向中入寸余,抵达脊椎横突为止,此时,患者多诉针感向下向前放射。可是,此患者第一次针刺颇难得气,经提插探找针感甚微,乃留针15min候气,因患者年轻体壮且属实证,故继用"凤凰展翅"手法,针感始佳,针后呼吸困难即减,次日复诊,称痰少气顺,易咳出;针4次后,诉晚间能平卧。以后坚持日针1次,10次为1个疗程,连续治4个疗程后,诸症悉除。次年冬又发1次,再针3个疗程,未再发。

(二)外有表邪,内有痰浊型哮病(支气管哮喘)《魏稼针灸经验集》

王某,男,38岁,干部,1968年4月初诊。主诉:咳喘6年,此次发作已3d。发病前,鼻痒鼻塞,打喷嚏,胸闷,烦躁,继则呼吸困难,鼻翼扇动,气喘痰鸣,曾服药物未能缓解。既往每逢天气骤变突发,畏闻花香味。有过敏性鼻炎史。症见恶寒流涕,咽痛咳嗽,剧咳气喘,痰多白沫,咳痰不爽,胸闷烦躁,口微苦,小便清,食无味,舌苔薄腻,脉浮紧,两肺闻及哮鸣音。西医诊断为支气管哮喘,此乃外有表邪,内有痰浊,肺失宣降。治以宣肺解表,化痰平喘。先针刺合谷、内关、肺俞、迎香、经渠、丰隆等穴,中等程度刺激,使局部有较重胀感后留针20min,隔日1次,8次后喘势依然如故。乃取定喘一穴,针尖到脊椎横突处,令针感沿脊椎两侧向下或向肺部传导。行凤凰展翅手法,留针20min。针后当即胸闷气喘大减,连续治疗10次,咳喘显著好转。以后隔日针1次,治疗20次,并轮流选用胸椎1~7华佗夹脊穴,连续治疗2个月,哮喘平息,哮鸣音消失,食欲良好,身体康复。随访10余年,疗效巩固。



（三）痰热阻肺型哮病（支气管哮喘）《魏稼针灸经验集》

郑某，女，10岁，1969年12月初诊。患儿3岁时因感冒诱发哮喘，长期服用中西药物，仍反复发作，近年来药量加大也难以控制，初时年发4～5次，近增加至10余次，且症状逐渐加重，此次发作已1周。症见：喘憋气急，唇红口干，微微出汗，间断咳嗽，咳吐黄绿色痰，咽喉疼痛，大便偏结，尿短色黄，舌质红，苔薄黄，脉数。诊断为支气管哮喘。证属热哮，治以清肺化痰平喘。初针定喘、大椎、曲池、大杼、合谷、膻中、天突、肺俞等穴，用透天凉法，每日1次，连针1周，症状无明显变化。因畏针，改用注线3次，效仍欠佳，欲继用，患者拒绝接受。于是改用白芥子、斑蝥等份研末，以70%乙醇调拌，搓成豆粒状置胶布上，贴敷肺俞、膻中、气户3穴，待局部起小水疱，即换贴定喘、天突、中府，以上两组穴轮换应用，隔日1次。20次后，吐痰量大减，颜色变淡，诸症悉平。并嘱患者及家属，若咽痛咳嗽，即于上穴贴药防治，且于每年夏季初、中、末伏3d，再用此法，以资巩固。经追踪观察5年，哮喘未发。

（四）痰浊阻肺型哮病（支气管哮喘）《魏稼针灸经验集》

方某，女，45岁，干部，1958年9月初诊。主诉：咳喘时发时缓30余年，好发于经期前后。虽经中西医多方治疗，未能治愈。此次因情绪不佳诱发，现用支气管解痉等药治疗。症见面色灰暗，咳喘急促，痰声漉漉，咳吐不爽，痰呈灰白色透明状，多泡沫。时有呕恶或大便秘结，舌苔白腻，脉滑。诊断为支气管哮喘。证系痰浊阻肺，治以温肺祛痰平喘。曾在他处经多次针灸肺俞、天突、膻中、丰隆、中府、迎香、膏肓、定喘等，以及手掌割脂等治疗，效果均不明显。经询问与检查知，于胸背部彧中、云门、大杼及厥阴俞偏内侧有明显压痛，予以按揉5min，患者当即感到呼吸轻松。乃继续于心俞、大椎、璇玑等处的压痛点施以针刺，疗效又较明显，5次后痛点又失。相继在胸背找到肺俞、中府附近压痛显著处施针10次，喘平，只有少量胶冻状痰，易咳出。先后治疗3个月，症状基本消除。

（五）痰瘀伏肺，气机不利型哮病（支气管哮喘）《魏稼针灸经验集》

钱某，男，12岁，学生，1963年5月8日初诊。患儿2岁时患哮喘，近3年来喘势加重，每遇受凉或闻异味而发作，曾在各医院治疗，仅能暂时缓解。症见面色晦滞，咳嗽气逼，呼吸困难，喉中痰鸣，咳痰不爽，夜寐不安，口干唇紫，舌苔白腻，舌质紫黯，脉涩而数。叩诊双肺过度回响，听诊两肺满布哮鸣音。诊断为支气管哮喘，证属痰瘀伏肺，气机不利。治以行气祛瘀，化痰平喘。先针定喘穴，喘稍平，但第2次患儿拒针，于肺俞、膏肓、俞府、中府等穴施温和灸，效不显。考虑到患儿有瘀血现象，改用梅花针叩刺胸1～7椎旁夹脊，胸部2～6肋脾胃经，由轻渐重，使局部见出血点，每日1次，治疗5次，咳喘明显减轻，连续治疗40余天而愈。后虽复发1次，但症状较前轻，再叩刺10次痊愈。随访6年，疗效巩固，发育良好，体格健壮。



(六)哮病(支气管哮喘)《魏稼针灸经验集》

孙某,男,11岁,学生。患哮喘8年,母亲有荨麻疹史。发病前有鼻痒、喷嚏、流清涕,发病时有高声调吹风样哮鸣音、气憋、胸闷心跳、吐黏白痰涎,每年春秋季加重,初起较轻,近年渐次发作频繁。曾多次用各种中西药物未能根治。经不少大医院诊治,诊断为吸入型支气管哮喘,并经过敏原测定认为与花粉、灰尘、螨虫等有关。初因小孩畏痛,未用针灸治疗,只给斑蝥、白芥子末敷贴定喘、膻中、肺俞、膏肓等穴令起疱,每周1次,1个月1个疗程,共2个疗程,未能控制。乃改用针刺定喘穴,令针感向下或向两胁等处放射。每日1次,不留针,2次大效,10次控制,继续观察年余未复发。

(七)脾肾阳虚型哮病(支气管哮喘)《魏稼针灸经验集》

谭某,男,48岁,干部。患哮喘病10余年,经某大医院诊断为支气管哮喘并作过敏试验,认为过敏原是螨虫、粉尘、油漆等。形体瘦弱,四肢及胸背部特别畏寒,目下已进入隆冬,即须加裹厚绒衣袜保暖。终日咳喘,胸闷气逼,吐白痰涎,尿短便溏,腹胀纳少,舌苔白腻,脉沉迟。证属脾肾阳虚。因患者拒针,初用神灯照脾俞、胃俞、肾俞、肺俞、中脘、关元、膻中等穴,每次约40min,5次后,症状改善不甚理想。乃于上穴加用艾炷灸,发微疱,敷以纱布消炎膏,每日1次,3次显著好转,以后每周2次,10余次后,仅有少许胸闷外,诸症悉除。

(八)脾肾气虚,痰盛壅肺型哮病(支气管哮喘)《魏稼针灸经验集》

某男,34岁,经理。1976年3月18日就诊。主诉:哮喘已21年,每年春季反复发作,近年来有加重趋势。症见面色萎黄,形体消瘦,胸闷心慌,喘息抬肩,动则加剧,倚息不得卧,用多种西药难以控制,且时有咳嗽,痰稠色黄,脉滑数。呈桶状胸,肺部听诊有哮鸣音。诊为支气管哮喘并发肺气肿。证属脾肾气虚,痰盛壅肺。治宜顺气化痰治其标,健脾温肾固其本。先针刺脾俞、肾俞、肺俞、膻中、天突、合谷、丰隆等穴,10余次效果不明显。再加针刺定喘穴,喘虽稍平,但出针后1h许,又发作如故。乃改取定喘、膻中、丰隆,用注羊肠线法施治,每10～15d注线1次。注线2次,收效明显。注线10次后,形体渐丰,除肺气肿体征无大改变外,余症基本消失。

(九)痰热阻肺型哮病(百日咳并发哮喘)《魏稼针灸经验集》

王某,男,8岁。3岁时患百日咳并发哮喘,久经中西药治疗仍反复发作。症见:胸闷气逼,呼吸困难,咳吐黄痰,咽喉红肿,舌红,苔薄黄,口唇干燥,喜饮凉水,大便结,小便黄,脉细数,证属热哮,治以清热化痰平喘。于肺俞、定喘、风门等穴施灸,令局部反应潮红为度,使之为泡,隔日1次,连续施灸3次,哮喘显著改善,10次后哮喘平息。嘱患儿及家长,若咽喉痛咳黄痰,即于上穴施灸防治,且于每年夏季初、中、末伏3日,再施灸以资巩固,追访1年,哮喘未发。

(十)宿痰伏肺,久而化热型哮病(过敏性支气管哮喘,荨麻疹)《魏稼针灸经验集》

黄某,男,18岁,1992年4月17日就诊。主诉:患哮喘病10余年,春秋两季发



作频繁，近日郊游接触花粉，先发为荨麻疹，继则咳喘，经西药治疗少效，后又经针刺及穴位敷贴治疗喘咳仍未除。现症见：喘咳，气急胸闷，张口抬肩，咳吐黄白黏痰量少，有时夹带血丝，皮肤瘙痒，有散在性风团，色淡红，形状不一，口干，尿黄，便结；舌红，苔薄黄，脉数。诊为过敏性支气管哮喘，此乃素体虚弱，宿痰伏肺，久而化热。因前法失效，遂改用大椎、肺俞、脾俞、膻中拔罐，每日 1 次，每次 20min，同时针刺气海、中府、合谷、风池、足三里等穴，连续治疗 1 个月余，咳喘消失，随后调理，至今未发。

三、田从豁

(一)肺失宣降型哮病(过敏性支气管哮喘)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

李某，女，32 岁，工人，1981 年 8 月 26 日初诊。病史：患者于 1976 年夏季不明原因出现哮喘，发作季节性较强，每年 5～11 月份较严重。每次发作前有目赤痒、喉痒、喷嚏、流泪等症状。1997 年 7 月曾在首都医院变态反应科作过敏原检查：螨(卄)，花粉(卄)，香料(卄)；真菌(＋)，灰尘(卄)，鱼(卄)。诊断为“过敏性支气管哮喘”。曾用氯雷他定、泼尼松、氨茶碱等药物，症状略好转。1981 年 6 月份以来哮喘发作频繁，每日发作 1～2 次，多发于每晚 20:00 左右。8 月 25 日晚哮喘突然发作，经服氨茶碱及喷吸异丙肾上腺素气雾剂未能控制发作，现已持续 12h，现患者胸憋明显，喉中痰鸣，呼气性呼吸困难明显，心悸多汗，语声低沉，四肢困倦，纳呆，二便调。既往史：过敏性鼻炎、慢性支气管炎。青霉素过敏史。检查：急性痛苦表情，端坐呼吸，张口抬肩，精神倦息。脉沉细数，苔白腻。查体：体温 37℃，脉搏 130 次/min，血压 100/70mmHg。心率 120/min，律齐，无杂音，双肺遍布哮鸣音，口唇发绀。胸透：右下肺纹理粗重模糊，未见肺实质病变。白细胞总数：7×10^9/L ($7\ 000/mm^3$)，中性 0.69，酸性 0.05，淋巴 0.26，嗜伊红细胞直接计数 568×10^6/L ($568/mm^3$)，大便虫卵(－)。诊断：中医为冷哮(肺失宣降)，西医为过敏性支气管哮喘(发作期)；治则：宣肺止哮平喘，取穴：孔最(双)；手法：于双侧孔最穴常规消毒后，以 28 号针快速刺人，进针深度为 3～5 分，“得气”后施以泻法。针感要求双向传导，向下传导至同侧拇指，向上传导至同侧胸部，即“气至病所”。施毕手法后加用电针，所用仪器为 6805 型治疗仪，选择连续波，输出频率为 160/min，强度以患者能耐受并感到舒适为度，留针 30～60min。疗效：针刺治疗 1min 后，患者自述呼吸畅快，胸憋喉鸣减轻，发绀改善。电针 15min 后，胸憋明显减轻，呼吸困难及发绀明显缓解、张口抬肩消失，心率 90/min，胸部听诊偶闻哮鸣音。留针 40min，临床症状及体征全部消失，哮喘缓解。经随访观察 48h 未见复发。

(二)肺脾气虚型哮病(喘息性支气管炎)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

赵某，男，42 岁，1998 年 7 月 22 日初诊。病史：患者自 8 岁时因感冒引起咳



嗽，继而出现哮喘，经用药后可缓解，但每年均发作，至12岁时胸片已发现有“支气管扩张”，哮喘的同时出现咯血，经用药后咯血已止，哮喘仍存。至就诊时已连续出现哮喘34年。每逢夏季6月开始出现哮喘，持续到10月可缓解，近2年喘症加剧，已2次住院治疗，已用过多种抗生素、激素及进口止喘药，效均不明显，就诊时喘息明显，行走约500m需休息片刻，不能上下楼梯，精神倦怠。西医诊断为“喘息性支气管炎，部分肺不张”，对十几种物质过敏。检查：表情痛苦，精神萎靡，形体消瘦，面色萎黄，张口抬肩，气短懒言。舌淡体胖，苔白，脉沉无力。双肺遍布哮鸣音，右肺呼吸音低。诊断：中医为喘证（肺脾气虚），西医为慢性喘息性支气管炎。治则：益气平喘。治疗：首取颈6～7、胸1～2夹脊、定喘、孔最穴，用平补平泻手法，起针后背部走罐，加用“消喘膏”贴敷肺俞、心俞、膈俞。5次后加取肾俞（双），用补法，10次后取膻中、足三里、天突、三阴交，用补法。如此反复，10次为1个疗程，2组穴位交替使用。疗效：针第1次后，感觉咳喘减轻，胸中憋闷感减，针治10次后，哮喘明显好转。治疗20次后，哮喘已除，可自行上下楼梯，精神好，体力大增，继续治疗共4个疗程，患者哮喘未发作，曾有1次感冒，但经用少量感冒药后已愈，未引发哮喘。晨起可做跑步锻炼，双肺哮鸣音已消失，双肺呼吸音略粗，其他阳性体征已消失。

四、邱茂良

（一）痰气郁阻，气道失利型哮病（支气管哮喘）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

洪某，女，45岁，患者有哮喘病史10年，入秋以来，不时举发，今晨起床后，哮喘又作，而来门诊。刻下：患者呼吸急促，喉有痰声，胸闷难受，张口抬肩，额部汗出，环口青紫，体温正常。舌有腻苔，脉细弦而数。证属痰气郁阻肺系，气道失利。急予解痉定喘以缓解之。取穴：大椎、太渊、食中指本节后1寸（背侧）。先以三棱针刺大椎上下左右四周，挤出微血，继针太渊穴行捻转法。连续1～2min后，气喘稍见缓和，最后针食中指本节后1寸处，行提插法，紧提慢按，连续3min，而后与太渊穴交替行针，反复捻转提插，患者喘息渐平，胸闷渐舒，咳出黏痰数口，哮喘获得控制。

（二）感受风寒，痰浊化热型哮病（支气管哮喘）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

周某，男，36岁。患者有哮喘病史，不时复发。5d前哮喘又作，入院时患者恶寒发热，体温38.5℃，微有汗出，浑身酸痛，哮喘夜甚，倚息不能平卧，喉有痰声，痰白稠，咳吐不畅，口干欲饮，溲黄，苔白腻，舌红，脉浮滑而数。听诊肺呼吸音粗糙，可闻哮鸣音。检查：白细胞4×10^9/L(4 000/mm^3)，中性0.79，淋巴0.21。全胸片（－）。证属哮喘宿恙，感受风寒而引发。病经5d，虽有小汗，表仍未解，痰浊内蕴

化热。治当解表邪，清宣肺热，化痰定喘。取穴：外关、合谷、风门、天突、尺泽、丰隆。先针外关、合谷两穴，用提插泻法，反复行针，增强针感，以发汗解表；再针风门，针尖向脊柱斜刺；针天突针尖向下斜刺，使针感向胸部扩散；尺泽亦用紧提慢按手法，以清泄肺中痰热；最后针丰隆，反复提插，使针感下达足背。行留针法，每日1次。上方连针2d，寒热退去，喘逆渐平，咳痰较畅，胸闷较舒，惟仍咳嗽频频，痰稠且多。舌苔转薄。此乃表邪已去，痰热未清，再拟清宣肺气，泄化痰热。取穴：肺俞、中府、尺泽、天突、足三里。其中肺俞、中府浅刺，行捻转手法，针向右转，加快频率，尺泽、足三里均行紧提慢按法；针天突如前。留针反复行针，每日1次。1周后喘平咳止，痰浊亦少，全身症状改善，苔脉均转正常。听诊两肺呼吸音清晰，乃取肺俞、脾俞、气海、足三里等穴调补肺脾以善后。

(三)肺脾肾俱虚型哮病(支气管哮喘)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

陈某，女，35岁，1990年11月2日初诊。患者有咳嗽痰多宿恙，因去新疆工作，不适应当地气候而发为哮喘，乃回南京求医。经西医治疗，哮喘已获控制，惟咳嗽多痰，痰液清稀，胸闷不适，纳少便溏，自汗畏风，动则气促，腰膝酸软，精神疲倦，头晕耳鸣。舌淡苔白，脉弱。证属肺脾肾俱虚，治法当三阴同补。取穴：①肺俞、脾俞、肾俞；②太渊、关元、足三里、三阴交。上述两组穴位交替使用，每日1次。在操作上，肺俞、脾俞、肾俞浅刺，行提插紧按法，得气后，行针数遍即出针，再用艾条灸，每穴5～10min；太渊行捻转补法，缓慢行针使针感由轻到重；关元行提插补法，留针加灸；再以补法针足三里、三阴交。用上方连续治疗2疗程(10d为1疗程)，各种症状逐渐减轻，最后纳食转旺，精神转佳，仅偶有咳嗽吐痰，因假期已到，要回新疆，乃点取关元、足三里两穴，嘱每日自己艾条施灸1次。翌年冬患者南回探亲时称，连续灸了6个月，诸恙未见复发。

(四)寒痰阻塞，气失宣畅型哮病(支气管哮喘)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

郑某，女，34岁，患者有哮喘发作史5年，据称有荨麻疹史，逢春则发，过敏试验示螨虫、花粉等过敏。X线胸片检查(一)。此次发病已5天，多作于夜间，初起时有恶寒微热，现已消失。哮喘发作时先见鼻痒、喷嚏，继则胸闷、呼吸不畅，并逐渐加重，乃至呼吸困难，喉有鸣响，不能平卧；胃纳差，面色少华，形体偏胖。舌质淡，苔薄，脉细弦。证属哮喘宿恙，感寒触发，寒痰阻塞气道，气机失于宣畅，治当温散寒邪，化痰平喘。取穴：肺俞、风门、太渊、天突、膻中、气海、足三里。先用艾条灸肺俞、风门两穴各10min，至局部皮肤发红，背部烘热为止，每日2次。次针太渊，用捻转法，缓慢行针，使针感渐渐向上臂传达，使胸闷得缓；然后依次针天突、膻中、气海。自上而下，天突、膻中针尖均向下方，使针感向下放散，最后针刺足三里，用平补平泻法。上方连用2天，哮喘已得到控制，唯仍咳嗽痰稀，胸微闷，胃纳欠佳，



舌苔化而未净，再予宣肺化痰止咳，参以扶脾。穴用肺俞、脾俞、太渊、膻中、足三里。其中肺俞、脾俞浅刺，得气后行捻转补法，太渊、膻中针法操作同前。

(五)痰饮伏肺，感寒触发型哮病(慢性支气管炎急性发作)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

陈某，男，50岁，患者有慢性咳嗽病史，不时复发，天寒为甚。日前因外出受寒，宿恙又作，咳嗽频，气急而喘，喉中痰鸣，痰稀多为白色泡沫状，胸中塞闷，伴有轻度寒热，咳甚则汗出，入夜难于平卧，口不渴，食欲差，舌质淡苔白腻而滑，脉细弦。诊断为慢性支气管炎急性发作。辨证为素有痰饮伏于肺系，因感风寒而触发，痰饮阻于肺中，肺气失于宣展，以致寒热咳逆。治当温宣肺气，化痰涤饮。刻下：表证未除，宜酌加解表。取穴：肺俞、天突、膻中、尺泽、丰隆、合谷、外关。用轻泻法，肺俞、膻中针后加灸，每日1次，连治3d，寒热去，咳逆减，痰浊仍多，胃纳尚呆，舌苔未化，原方去合谷、外关，加中脘、足三里以调脾胃。连治5次，咳减痰少，纳食见增，已基本好转，嘱自灸气海、足三里两穴，每天1次，以巩固疗效。

五、陆瘦燕

(一)肺气不足，外卫失固型哮病(慢性支气管炎急性发作)《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

林某，女，27岁，教师，1963年10月9日初诊。哮喘发作有年，每发作于秋冬。发时喘急咳逆，痰多白沫，形寒肢冷，脉沉细，舌苔薄黄。病属肺气不足，外卫失固。皮毛为肺之合，风寒外来，循皮毛而入袭于肺，肺气不宣，治节不行，聚液成痰，风痰更阻，气道不利，喘疾乃作。先拟降逆化痰，冀其喘定，后议调治。处方：天突△、膻中△，各5壮，艾炷如麦粒大。1963年10月11日2诊，灸后寒痰已减，咳呛亦稀，喘逆尚未平息，是灸之热力已达肺络，但尚不足耳，脉细，苔薄黄，仍当依法再进。处方：气户(双)△各7壮，艾炷如麦粒大。1963年10月14日3诊，寒喘之作，乃寒痰扶风互阻肺络所致，但得胸阳一宣，则寒散痰化，风失凭借而自去，气道畅利气自平矣。两经灸治，咳稀痰畅，喘息亦平，脉沉细，苔薄滑，续当温阳，以助煦运。处方：大椎△、身柱△各7壮，艾炷为麦粒大。1963年10月18日4诊，灸治以来，情况良好，虽气候骤然寒冷，仅有咳呛而已。肺气渐复，外卫自固，是皆胸阳煦运之效，脉、舌如前，续以温阳为法。处方：肺俞(双)△各7壮，艾炷为麦粒大。1963年10月21日5诊，喘息日趋稳定，惟午后有轻微咳呛。脾土为肺金之母，子虚必求哺于母，唯母实乃能荫子，今用培土生金之法。处方：足三里(双)△各7壮，艾炷如麦粒大。1963年10月25日6诊，前用三里培土，兼寓"上实下虚，引而下之"之意，灸治以来，午后尚有泛恶，喘息虽平，仍有轻微发作，兹从和胃健运之法，以冀清升浊降，平秘阴阳。处方：上脘△、中脘△各7壮，艾炷如麦粒大。1963年10月28日7诊，两经扶胃益气之灸，正得清升浊降之效，泛恶已平。唯午夜明盛之时，尚有轻微

喘逆，乃风寒趁阳衰之隙而扰肺。经云："风气与太阳俱入行诸脉俞"，当依法灸之，以杜其风渐之门户。处方：风门(双)△各7壮，艾炷如麦粒大。随访结果：白昼照常工作，夜间虽有发作也较轻微。

(二)肺肾同亏，痰火上犯型哮病《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

赵某，男，33岁，干部，1963年4月27日初诊。肺肾同亏，痰火上犯太阳，气促痰鸣，病延10载。证兼眩晕、健忘、神疲梦遗，苔薄舌绛，切脉细而虚大，尺部无力，太溪小弦，冲阳虚弱，颔厌脉盛。按脉论证，似属肺肾同亏，虚阳上亢，下虚上盛之疾，治宜先标后本。处方：取穴为肺俞(双)＋、天突－、关元＋、肾俞(双)＋、太溪(双)－、复溜(双)＋、神门(双)－；手法为提插捻转。太溪脉转静后，可改用补法。1963年4月29日2诊，太溪脉依然小弦，相火浮越未平，寸口脉沉细，苔薄质稍淡润，睡眠较酣，余症如前，再拟滋肾宁神为主。处方：取穴为肺俞(双)＋、天突－、关元＋、肾俞(双)＋、太溪(双)－、神门(双)－、丰隆(双)－；手法为提插捻转。1963年5月3日3诊，睡眠较安，精神稍振，眩晕渐平，苔薄，寸口脉沉细，太溪脉转静，冲阳稍起，太冲微细，再拟滋水以降火，宁心以安神明。处方：取穴为肺俞(双)＋、肾俞(双)＋、神门(双)－、大陵(双)－、气海＋、关元＋、太溪(双)－、复溜(双)＋；手法为提插捻转。1963年5月10日5诊，治疗以来，诸症均有好转，睡眠更著。连日阴雨，肺失肃降，略有微喘，太溪脉偏高，寸口脉沉高，舌苔薄黄，再拟肺肾同调，佐以宁心。处方：取穴为肺俞(双)＋、肾俞(双)＋、天突－、神门(双)－、气海＋、关元＋、太溪(双)－、复溜(双)＋；手法为提插捻转。8诊：1963年5月20日。喘促已平，眠象尚佳，精神渐振，梦遗已固，眩晕仍有轻微发作。左太溪较亢，余脉已平，再拟肺肾同调。处方：取穴：肺俞(双)＋、天突－、丰隆(双)－、足三里(双)＋、太溪(双)＋、关元＋、肾俞(双)＋、三阴交(双)＋；手法：提插捻转。1963年5月28日10诊，病情良好，睡眠渐趋正常，夜间小便频数，脉濡细，苔薄，太溪转静，太冲细小，病在肺肾，当再益肾益肺为主。处方：取穴为肺俞(双)＋、肾俞(双)＋、关元＋、气海＋、三阴交(双)＋、太冲(双)－、太溪(双)＋；手法为提插捻转。1963年6月7日12诊，诸症渐见轻减，相火虽有平降之势，唯因五志太过而反复浮动，脉来见缓，舌苔薄滑，再拟原方出入。建议休息，以观其效。处方：取穴为肾俞(双)＋、志室(双)＋、心俞(双)＋、三阴交(双)＋、太冲(双)－；手法为提插捻转。

六、钟梅泉

感受风寒型哮病《中国梅花针》

李某，男，8岁，学生，1976年10月27日初诊，哮喘反复发作2年余，此次发作加重已3d。开始冬季易发病，以后不分季节一年四季均要发作。常因天气变化、劳累或吃鸡蛋诱发哮喘病。经常服麻黄碱、氨茶碱缓解症状。1年后每逢发作时服对症药物收效甚微。此次因感受风寒哮喘发作已3d，服药后效果不明显，故前



来就诊。检查:表情痛苦,张口抬肩,气急,胸闷,口唇发绀,喉间有痰鸣声,脸色㿠白无华,纳呆。两肺可听到明显哮鸣音。在胸椎3～8两侧、颈椎5～7两侧可摸到条索及压痛,孔最穴和天宗穴处有明显压痛。脉浮小数,苔薄根腻。证属新风引动宿恙,哮喘发作,肺气失宣。拟以疏风宣肺,止哮平喘为治。根据病证,选取胸部、腰部、气管两侧、后颈部、前后肋间、剑突下、孔最、天突、内关、大鱼际、小鱼际及太渊进治。采用梅花针治疗1次后,哮喘即时减轻,1h后按上法再治疗1次,哮喘症状基本控制,患者表情自如,愉快回家。随后治疗部位去天突、大、小鱼际,加配中脘、阳性物处,继续治疗15次,诸症消失。再继续治疗15次以巩固疗效。患儿精神转佳,纳谷量增,脸色红润,并继续上学读书,开始担心劳累引起哮喘复发,第1学期未参加体育活动,由于病情平稳,体质转佳,第2学期起上体育课,仍无不适现象。随访观察2年,除在感冒时,有时出现喉间不适外,哮喘未再发作。

七、楼百层

肺肾两亏型哮病(哮喘性支气管炎)《古今针灸医案医话荟萃》

楼某,男,13岁。病起于麻疹后,至今已5～6年,初时仅年发2～3次,近年来频繁反复发作,遇冷尤甚。发时带哮鸣音,呼吸困难,运动则更剧,胸部窘迫,呼气较吸气延长,不能平卧,面呈青紫色,曾经中西药物治疗,效果不显。患儿形体消瘦,面色㿠白,舌淡苔薄,脉象细弱。病由痰浊内阻,肺失宣降,故一遇风寒则气郁痰壅而哮喘作矣。又因反复发作,肺气受损,累及于肾致肾不纳气,而动则喘甚。征之于平时的一派虚象,当属肺肾两亏所致,治宜求其本,用隔姜灸法以补肺肾二脏真元之气,而防治其发作。处方:分下列3组,顺序轮流使用。①肺俞、灵台;②肾俞;③天突、膻中。操作:用隔姜灸法。以生姜切片0.3cm(1分)厚,针刺数孔,置于施灸穴位,上放艾炷(约1/2个枣核大)燃烧,患者觉灼痛时,将姜片微微提起,待稍觉和缓仍放置之。上述3组腧穴,每日施用1组,每次每穴灸5～7壮,以9d(每组穴位轮灸3次)为1疗程。

八、王本显

肺肾两虚型哮病(支气管哮喘)《中国当代针灸名家医案》

万某,男,70岁,离休干部,1989年8月3日初诊。主诉:胸闷,气促,呼吸困难,夜不能平卧,日渐加重。病史:患慢性咳嗽、喘促已20余年。每年秋冬发病,春夏则好转。近年来,因心情不舒畅,症状日渐加重,春夏季亦出现咳喘发作,尤其今年更甚。现在终日胸闷,气促、呼吸困难,不能平卧,夜间更甚。过去服中西药后症状有所好转,近3年来服中西药疗效转差。针灸虽然可以减轻症状,但疗效不满意。检查:患者极度瘦弱,呈慢性病容,胸呈桶状,吸气短促,呼气延长,说话费力,坐卧不安。叩诊两胸部呈明显鼓音,听诊两肺呈现明显哮鸣音。舌苔白腻,两脉沉



细无力。诊断：支气管哮喘，肺肾两虚型。治疗：调补肺肾，理气平喘。取穴：肺俞、孔最、肾俞、气海。操作：电针疗法。肺俞、孔最一组，肾俞、气海一组，隔日交替进行。电针波型选具有解痉作用之密波（50Hz），强度以适宜为度，每次治疗15min。第1次治疗后患者症状比前明显减轻，经2次治疗后便可以平卧，喘促明显减轻。

九、罗诗荣

肺肾两虚型哮病（支气管哮喘）《中国当代针灸名家医案》

周某，男，16岁，学生，1980年4月18日初诊。主诉：哮喘反复发作10余年。病史：患儿5岁时因受冷感冒失治，遂成哮喘宿疾。初起1年发作2～3次，近年来发作较频，常因受寒或劳累而作，好发于夜间，须用氨茶碱、激素等药物始能缓解，经多方医治效微。此次因劳累而发作，经人介绍前来我院诊治。检查：患儿形体消瘦，脸色㿠白少华，喉间痰声漉漉，张口抬肩，呼吸短促，口唇发绀，痰稀多泡沫，舌淡胖苔薄白根厚腻，脉象稍数。诊断：支气管哮喘，肺肾两虚型。治疗：宣肺定喘，温肾扶正。取穴：列缺、定喘、孔最、肺俞、风门。操作：刺列缺、定喘各5分深，孔最1寸深，以捻转刺法使针感向喉部放射，留针15min。针肺俞、风门，浅刺疾出针法加拔火罐，10min左右哮喘症状缓解，气急转平。遵治病求本之训，嘱其伏天来院"铺灸"治疗。患儿于同年初伏天来我院灸治，于督脉经上"铺灸"2壮，起水疱多而大。当年哮喘未发，曾追踪观察7年之久，未服其他药物，哮喘未见复发，参加劳动至今。

十、王秀珍

哮病（过敏性哮喘）《刺血疗法》

邓某，男，5岁，安徽省合肥市人。患儿10个月时，其母送他到浙江外婆家断奶，住了8个月，返回合肥次日，突然发作哮喘，呼吸喘促，口唇发绀，不能平卧，病情危重，急诊入省某医院，诊断为过敏性哮喘，经用氨茶碱、氢化可的松、异丙嗪及青、链霉素等药治疗后，症状缓解。以后，常因受凉、饮冷而频繁发病，家长无奈，又送他到浙江外婆家，住了1年多从未发病，回到合肥后又连续发病。诊断为过敏性哮喘。治疗经过：1973年10月12日来刺血治疗，取穴太阳。针刺放血治疗后，1年多时间仅偶尔发病。症状亦较轻，不服药物可自行缓解。1975年因踢球玩出汗，脱衣受凉，哮喘发作，其母带来刺血科治疗，取穴太阳针刺放血后病愈。随访：前后共刺血治疗2次，一直未发病，身体发育良好，平时也很少感冒。

【导读】

哮病是一种发作性的痰鸣气喘疾患。发时喉中有哮鸣声，呼吸气促困难，甚则喘息不能平卧。西医学的支气管哮喘、喘息性支气管炎、嗜酸性粒细胞增多症、急性肺部过敏性疾患引起的哮喘均属于本病范畴。《黄帝内经》虽无哮病之名，但在



许多篇章里，都有关于哮病症状、病因病机的记载。汉·张仲景《金匮要略》称本病为“上气”，并明确指出哮病发作的主因是由“伏饮”所致。元·朱丹溪首创哮喘病名，并认为哮喘专主于痰，提出“未发以扶正气为主，既发以攻邪气为急”的治疗原则。明·虞抟《医学正传》则进一步对哮与喘作了明确的区别，指出“哮以声响言，喘以气息言”。后世医家鉴于“哮必兼喘”，故一般统称“哮喘”。

针灸治疗哮病最早见于《黄帝内经》，《针灸甲乙经》记载有50多个治疗哮病的腧穴，《备急千金要方》记载有60多个治疗哮病的腧穴，《针灸资生经》记载火针微刺而取效的病例，《针灸大成》记载多个治疗哮病的针灸处方。针灸治疗本病有显著疗效，可以缓解发作时的症状，且可通过缓解期的调治，达到祛除病根，减少复发的目的。

本节所选医案的主治医家均认为哮病的发生为痰伏于肺，每因外邪侵袭、饮食不当、情志刺激、体虚劳倦等诱因引动而触发，以致痰壅气道，肺气宣降功能失常。哮病的治疗当宗丹溪之说，以发时治标，平时治本为基本原则。发时攻邪治标，祛痰利气，平时应扶正治本，分别采取补肺、健脾、益肾等法，以冀减轻、减少或控制发作。

张涛清医案：张氏认为支气管哮喘属于哮病的范畴，病易复发，虽属顽疾，但也并非不治之症。根据临床的实践体会，张氏拟以宣肺、理气、化痰、健脾、益肾为法，选择肺俞、中府、大椎、风门、脾俞、肾俞、天突等穴标本兼治，针、灸、拔罐结合，可取得较好疗效。所治病例辨证为肺肾两虚型哮病，西医诊断为支气管哮喘。针刺上述各穴后于肺俞拔罐，关元、膻中艾条温和灸，将针、灸、拔罐相结合而取效。

魏稼医案：魏氏认为在临证时既重穴法，也重手法，两者必须兼顾。经数十年临床实践，形成了独具特色的新“飞针”及“凤凰展翅”、“饿马摇铃”补泻手法。他的“飞针”调气法，源于先师徐少廷的传授，也得益于古典文献的启示。飞针法的突出特点是针体粗，进针速，极少留针，疗效快。所谓飞针，是形容进针迅速如飞及运针时一捻一放如飞鸟展翅之状。所用针粗约0.8mm，操作时以左手拇指爪甲紧切穴位（不宜太重，以患者能耐受为度），使表皮麻木，减轻进针时疼痛，用右手拇、食两指持针柄上端，中指靠针体，沿左手大拇指甲迅速刺入到预定深度，一般不必提插捻转。如患者进针后无甚反应，且针体轻松，可加强刺激，作捻转或结合提插，或退针后调换方向捻进等，使针感达到一定强度为止。捻转时拇、食两指快速一捻一放，放时五指张开，如飞鸟展翅之状。他认为操作手法是手段，调气补泻治愈疾病是目的。治疗中只注意手段不够，还须注重调气即调控针感，因疗效与得气密切相关，只有取得理想的针感，才有较好的效果。所治病例①辨证为寒邪袭肺，痰气壅滞型哮病，西医诊断为支气管哮喘，其病初用穴位敷贴疗法，后改用一般毫针刺病情未有进退，于是改用“飞针”调气法，因患者年轻体壮且属实证，特别在定喘穴处采用“凤凰展翅”手法而取效。魏氏认为中医临床有药（中药）、针（针灸）、推（推



拿）、气（气功）4大治疗手段，每种疗法都各有所长，临床应取长补短，充分发挥各自的特长，优势互补，是提高疗效的重要措施。魏氏治疗支气管哮喘的特点是不拘于一法一方，而是在认真辨证的基础上，紧紧围绕病证、病机、病性、病位，优选最佳治疗方案，有时用常法，有时用变法，有时单用某一方法或将几种疗法配合应用，体现了疗法互补思想。在"疗法互补"论的思想指导下，做到一病多法，取长补短，灵活施治，也体现了中医辨证思想。病例②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧西医均诊断为支气管哮喘，病例②辨证为外有表邪，内有痰浊型哮病，魏氏认为针刺定喘穴治哮病多有报道，对于实证疗效较好，如用于虚证，应配合其他穴位，阳虚者加灸，亦可获得良效。但定喘穴针刺深度不到或针感不理想则影响疗效，操作时针尖可沿脊椎两侧稍向下斜刺至针下有抵抗感而不能再深入为止，应注意勿使针尖刺入胸腔和肺，防止气胸事故发生。病例③辨证为痰热阻肺型哮病，应用针刺或埋线法较为适宜，但疗效不佳，而改用热性白芥子及斑蝥等份研末进行穴位敷贴而取效。白芥子性温，可以热引热、引郁热之气外发，斑蝥性寒，又可互相监制，不致温热太过，此法治疗寒证哮喘，亦获良效。病例④辨证为痰浊阻肺型哮病，魏氏应用针灸治疗哮病的一般常用穴位以及手掌割脂等治疗无效，遂改为在肺俞、中府附近寻找压痛点，针刺阿是穴取效。魏氏应用阿是穴经验颇多，认为寻找压痛点法针刺，说明特异性穴位并不是固定的，也说明要提高针灸疗效，只选择刺激方法及手段仍不够，对穴位选择也至关重要。病例⑤辨证为痰瘀伏肺，气机不利型哮病，魏氏应用毫针、灸法无效，改用梅花针取效。魏氏认为梅花针叩刺出血治哮病，亦有奇效，尤以放血疗效更好。因梅花针叩刺出血，利于活血化瘀，对于瘀血患者，魏氏选用三棱针或圆利针在尺泽、委中、静脉显露处及胸背找瘀血点放血。体质稍佳者，放血量每次达10ml左右，疗效良好。并认为如出紫黑色血最好，如《黄帝内经》所说："血变而止"，使血色转为鲜红为好，可加强通经祛瘀，改善血液循环与通气功能，从而有利平喘。病例⑥辨证为哮病，初用斑蝥、白芥子末敷贴未效，改用毫针刺法取效。病例⑦辨证为脾肾阳虚型哮病，此乃气阳两虚重症，魏氏采用神灯照治疗，在治疗过程中意识到神灯不能全部替代传统艾灸疗法，只用神灯恐难奏效，加用起疱灸以加大补阳祛寒力度，终于取得满意效果，病例⑧辨证为脾肾气虚，痰盛壅肺型哮病，针刺未效，改用注线取效，魏氏认为注线疗法的独到之处在于可以减少患者频繁就诊，是较强而持久的一种刺激方式，可以代替长时间留针，可补一般针刺疗法之不足，将此法用于反复发作且难于控制的哮喘持续状态，疗效颇佳。魏氏治疗哮病擅长施灸，且常用灸治热哮，认为温热灸可使壅塞于肺部的热邪随艾火外出，气机通降，故有佳效。病例⑨辨证为痰热阻肺型哮病，西医诊断为百日咳并发哮喘，魏氏用热灸取效，用伏灸治愈。病例⑩辨证为宿痰伏肺，久而化热型哮病，西医诊断为过敏性支气管哮喘、荨麻疹。治疗经针刺及穴位敷贴未愈，魏氏认为荨麻疹多由外源性过敏原进入体内，产生特异性抗体，属于免疫性疾病，恰好与本病发病病机相



同，故应用体针加拔火罐，祛邪而愈。

田从豁医案：所治病例①辨证为肺失宣降型哮病，西医诊断为过敏性支气管哮喘发作期，田氏单取孔最穴治疗，进针得气后施以泻法。针感要求向下传导至同侧拇指，向上传导至同侧胸部，即“气至病所”，后加用电针，哮喘缓解。病例②辨证为肺脾气虚型哮病，西医诊断为喘息性支气管炎。田氏采用多种治疗方法相结合，针刺后背部走罐，加用“消喘膏”敷贴等取得较好疗效。

邱茂良医案：邱氏认为哮病明确病位在肺、在膈由胶固之痰所致。一般分为虚实两类，而临床虚实夹杂多见。哮病为顽固性疾病，发作期暂时缓解症状，要控制发作取得远期疗效较为困难。邱氏根据多年临床经验，认为针灸治疗哮病确能获得较好疗效，在发作期可缓解哮喘症状，缓解期可以防止复发。邱氏的针灸治疗经验是，急性发作期宜解痉定喘，针灸有效控制发作，可化痰平喘，即时奏效，缓解期宜调补肺脾肾以绝生痰之源，补肾纳气，为治本之道，以期根治。所治病例①、②、③、④均为支气管哮喘。病例①辨证为痰气郁阻，气道失利型哮病，邱氏采用大椎刺血，再取食、中指背侧本节后1寸针刺有即时解痉止咳的作用，屡试有效，与太渊穴交替行针，有理想的止咳平喘效果。病例②辨证为感受风寒，痰浊化热型哮病。邱氏认为治疗应表里兼顾，故先取外关、合谷以发汗解表，风门祛风宣展肺气；再取天突以平喘降逆，尺泽以泻肺热，丰隆以祛痰热。待表证一除，继取肺俞、中府，俞募同用以宣肺顺气，尺泽清泄痰热，足三里理脾祛痰，天突止咳降逆。经治喘平咳止，痰浊亦少，乃取肺俞、脾俞、气海、足三里等穴调补肺脾以善后。病例③辨证为肺脾肾俱虚型哮病，患者正值哮病缓解期，根据急则治其标，缓则治其本的理论，采用肺、脾、肾共治之法，以图治本。取肺、脾、肾三俞浅刺补益三阴之脏；太渊捻转补法，以补本脏之虚；温针灸关元，旨在温养下元，补肾纳气；针刺足三里、三阴交补法，以调补脾肾；最后以艾条灸关元、足三里，益脾补肾。病例④辨证为寒痰阻塞，气失宣畅型哮病。本病为寒邪与痰浊阻于气道，故灸风门、肺俞，温宣肺气，固卫护表，抗御寒邪，对咳嗽、痰涎清稀者尤佳；刺太渊宣肺利气；针刺天突、膻中、气海三穴，自上而下，降气定喘，从而达到宣展肺气，肃降肺气之目的。其后哮喘虽渐平，但寒痰留恋未能尽化，故再取脾俞、足三里运脾实土，以杜痰浊之源。病例⑤西医诊断为慢性支气管炎急性发作，中医辨证为痰饮伏肺，感寒触发型哮病。患者风寒束表，引动宿饮，为表里同病。表证未除时，宜取肺俞、天突、膻中、尺泽、丰隆、合谷、外关用轻泻法，肺俞、膻中针后加灸，解散表邪。寒热去，咳逆减，痰浊多，胃纳呆，则去合谷、外关，加中脘、足三里以调脾胃。后嘱自灸气海、足三里两穴，以巩固疗效，充分体现出中医辨证施治的理念。

陆瘦燕医案：陆氏认为古代医家非常重视运用针灸治疗哮喘，先贤徐大椿曾提出哮喘的治疗应“以温通肺脏，下摄肾真为主，久发中虚，又必补益中气”为大法。还特别指出：“按穴灸治，尤易除根”的经验。陆氏采用针灸治疗哮病与先贤合拍，

足见针灸服药，其法虽殊，但理论一致。所治病例①辨证为肺气不足，外卫失固型哮病，西医诊断为慢性支气管炎急性发作。患者肺气不足，治节失行，水气凝聚成痰，更兼外感风寒之邪，以致风痰壅塞气道。在施治过程中，首诊陆氏习用灸天突、膻中于寒喘发作时，开气道，降逆气，每收奇效。灸后痰减咳少，是灸火之力，透达肺络，气道寒凝之痰浊，得温而行散之象。次诊哮喘未平，为火力不足，再灸气户以助胸阳而开阴霾，灸后喘息平息。3诊、4诊再灸大椎、身柱、肺俞等穴，温督脉以补诸阳，益肺气而固表卫，趁胜而进，灸后能御寒邪侵袭而不病喘。5诊、6诊应用实母萌子之法，健补脾胃，灸足三里、上脘、中脘，灸后脾胃之气健旺，清浊升降复常，肺气康复。然恐卫外不固，再为风寒所乘，于7诊灸风门以杜邪袭之路而告痊愈。陆氏在治疗中临阵应变，治疗循序而进，析理分明，可师可法。病例②辨证为肺肾同亏，痰火上犯型哮病，患者肺肾同亏，虚阳上浮，陆氏弃灸用针。针刺补肺俞、肾俞、气海、关元、复溜等穴，以培补肺肾，益元纳气，其中复溜为足少阴水经之金穴，补此一穴有兼补肺肾之功。针刺泻天突、神门以降气宁神。唯太溪一穴，陆氏先用泻法，泻躁浮之相火，待太溪脉平后，转用补法，以益肾水，此为驱龙入海、引火归元之妙用。后又加丰隆以降痰，三阴交以养阴，诸恙渐平。

钟梅泉医案：钟氏认为哮病患者在胸椎3～8两侧、颈椎5～7两侧可摸到条索及压痛，颌下有结节，腰部有泡状软性物，孔最穴、天宗穴处压痛明显。由于本病常伴有并发症，故在有关脏器体表处亦可发现阳性物或阳性反应。钟氏对本病治疗原则是急则治标，缓则治本，既发须攻邪，未发宜扶正。采用梅花针治疗一般用中等度或较重刺激，发作时可重刺激，每日治疗2～3次。在阳性物及阳性反应区用较重刺激手法。已取得控制发作的病例，需经2个疗程巩固治疗，可以停诊观察，待至好发季节前给予再治，有巩固疗效和预防复发的作用。梅花针对儿童及单纯性哮喘患者疗效明显，并发慢性支气管炎者次之，并发肺气肿者疗效较差。钟氏所治病例属新风引动宿恙，肺气失宣，导致哮喘发作，辨证为感受风寒型哮病，拟以疏风宣肺，止哮平喘为治。选取胸部、腰部、气管两侧、后颈部、前后肋间、剑突下、孔最、天突、内关、大鱼际、小鱼际、太渊采用梅花针治疗后，逐步痊愈。

楼百层医案：楼氏通过临床观察认为针灸治疗哮病，效果堪称满意。楼氏在哮喘发作时以针刺合谷、列缺、定喘等穴，用捻转泻法留针常可立即缓解哮喘症状。缓解期则可伏灸。所治病例辨证为肺肾两亏型哮病，西医诊断为哮喘性支气管炎。患者目前处于缓解期，表现为一派虚象，故取①肺俞、灵台；②肾俞；③天突、膻中等三组穴位隔姜灸。其中取肺俞以培益肺气，肾俞以填补肾气，膻中顺气，灵台止喘，天突利咽喉而调肺系，可防止哮喘发作，尤以儿童疗效为佳。

王本显医案：所治病例哮喘日久，肺气受损，母病及子，累及于肾，肺肾两虚，则愈演愈重。辨证为肺肾两虚型哮病，西医诊断为支气管哮喘。王氏认为继续针药治疗，疗效多不理想。故改用电针治疗，选用具有解痉作用之密波，通以微量电流，



使下焦肾气得以培益，上焦肺气得以调理，故收到良好疗效。

罗诗荣医案：罗氏认为哮喘反复发作必致肺气受损，病久不愈累及脾肾，多见虚象。其病在肺，究其根源却在脾肾，而以肾虚阳衰为主。根据发时治标，平时治本之原则，罗氏多年来应用针刺加拔火罐祛邪以治其标，缓解期运用灸法酌扶正气，益肾温补。但更重视应用传统"铺灸"法温阳扶正以固其本。操作时取斑麝粉（麝香50%，斑蝥粉20%，丁香粉15%，肉桂粉15%）1～1.8g，去皮大蒜捣汁或泥500g，陈艾绒200g。令患者俯卧床上，裸露背部，在脊柱常规消毒，涂上蒜汁，在脊柱正中线撒上斑麝粉，并在大椎穴至腰俞穴之督脉处铺敷2寸宽，5分厚的蒜泥1条，然后铺如乌梢蛇背脊状的长蛇形艾炷一条，从头、身、尾三处点燃，让其自然烧灼，燃尽后撤去艾灰，继续铺艾炷施灸，共灸3壮，灸毕移去蒜泥，用湿热毛巾轻轻揩净局部。灸后可起水疱，至第3天用消毒针引流水疱液，用药棉揩干，涂上甲紫药水，让其自然干燥，直至结痂脱落。灸后全休1个月。实践证明，用"铺灸"治疗该病疗效显著，尤其对少年儿童哮喘之证常可收到根治之效。所治病例辨证为肺肾两虚型哮病，西医诊断为支气管哮喘，针刺加拔火罐祛邪急则治标，铺灸法温阳扶正缓则治本，得以治愈。

王秀珍医案：王氏认为支气管哮喘发病时支气管平滑肌的痉挛、黏膜充血、水肿和分泌物增加，患者出现胸闷、气急、哮喘症状。所治病例诊断为西医过敏性哮喘，属于中医哮病范畴，经刺血太阳而愈，王氏指出放血治疗哮喘的机制，可以用人体失血后必然引起应激反应的原理来解释，通过垂体—皮质系统的兴奋性增高，释放足量的肾上腺素、糖皮质激素等抗炎物质对组织实施保护，并提高各种酶系统的活性，破坏相应的活性物质，抑制变态反应的发生，消除支气管痉挛，减轻支气管黏膜充血、水肿，使气血畅通，哮喘发作停止。

第三节 喘 证

一、杨永璇

邪在上焦，不得透泄型喘证《杨永璇中医针灸经验选》

杜某，男，23岁。初诊：喘咳10余年，频频发作，咳嗽气促，不能平卧。每逢夏秋，发作尤多，往往持续数天。脉弦细，舌尖红，苔白腻。此邪在上焦，不得透泄。今当深秋，虑其不易控制，先予疏散。针灸方法：肺俞、风门、尺泽、列缺、合谷、丰隆（均双）、大椎均用阳中隐阴法。风门针后加拔火罐。2诊：第3天，即间隔1d。喘咳渐稀，脉来虚弱，久咳形瘦，食减汗多，病史过久，颇虑难治。针灸方法：上方加太渊（双）（补法）用捻旋补泻法，其余同上方。此病例经间日来诊，上方连续针治10次，喘咳减轻，形神渐复。嘱其返校就学，复发时再来诊治。再复诊：隔2年又2个

月，在冬末春初。2年余以来，在学校康健无恙。最近因突患感冒，形寒，胸闷作咳，入夜复作气喘。脉形虚细，舌苔薄白。此中外俱寒，气馁阳虚所致。用温阳灸治法。针灸方法：肺俞（双）、灵台、膻中、足三里（双），麦粒大小艾炷直接灸各3壮。经每间隔2日灸治1次，共16次。最后2次去膻中，加针太溪（双）（补法）用捻旋补泻法。旋即症情稳定而停治。经随访，至今未复发。

二、邱茂良

痰饮阻肺，肾不纳气型喘证（慢性支气管炎，肺气肿）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

张某，女，60岁，患慢性支气管炎已10余年，入冬为甚，近年举发更频，咳喘并作，面色苍白，环口发紫，倚息不能平卧，呼多吸少，吸不归根，动则更甚。频吐白沫痰，喉中漉漉有声，四肢欠温，腰腿酸软，饮食不多，小便偏多，舌质淡，苔白腻，脉细软。西医诊断为慢性支气管炎，肺气肿。中医诊断为咳喘。此痰饮阻于肺中，久病下元虚惫，肾不纳气，治宜宣上纳下法。取穴：天突、膻中、肺俞、肾俞、尺泽、关元、气海、足三里。分为两组，先轻刺，后重灸膻中、气海、关元各5～7壮，连续1周，气喘日见减轻，吐痰亦少，连续治疗2周，诸症均见平息，乃为调补肺肾，从本图治以巩固疗效。

三、欧阳群

肾虚型喘证（肺气肿）《中国当代针灸名家医案》

孙某，男，30岁，干部，1957年3月5日初诊。主诉：每于深夜子时喘息发作，已3个月。病史：患者每于子夜时喘息发作，已3个月，动则喘甚，呼长吸短，痰多难以咳出，伴腰膝酸软，头眩耳鸣，病初应用止喘药物暂能缓解。检查：形瘦神惫，端坐呼吸，舌质淡苔薄白，脉沉细无力。双肺湿性啰音，X线透视所见为肺气肿。诊断：喘证（肺气肿），肾虚型。治疗：补肾纳气，镇逆平喘。取穴：肺俞、肾俞、复溜、三阴交。操作：补法，每次留针60min，间隔8～10min行针，每次行针2～3min，加悬灸喘息穴（膈俞外上方2～3分处之凹陷中）1h。每于喘息发作前10～15min行针灸，每日1次，10次为1疗程。患者经4疗程治疗痊愈，追踪随访3年未复发。

四、钟梅泉

余邪未尽，肺气失宣型喘证（急性支气管炎）《中国梅花针》

宋某，男，12岁，学生，1982年1月28日初诊。2周前感冒，流涕，身楚，低热，服中西药物后，外感症状好转，惟咳嗽未减，早晚咳甚，痰黏，胸闷，嗓子发紧。胸部透视心肺正常，纳谷差，大便干。诊断为急性支气管炎。脉细数，舌苔薄。胸椎1～5两侧可摸到条索并有压痛，颌下有结节。证属余邪未尽，肺气失宣型喘证。拟以



疏风宣肺，止咳化痰为治。根据病证，选取后颈部、胸部、气管两侧、肘窝、太渊、天突。重点叩打颈椎4～7两侧、气管两侧、合谷、下颌部、太渊、阳性物处进治。采用梅花针治疗2次后，咳嗽明显减少，痰量亦少。继治3次后，基本不咳嗽，其他症状已除，精神好转。再进治4次巩固调理。停诊观察6个月疗效巩固。

五、王秀珍

喘证（慢性气管炎，肺气肿）《刺血疗法》

蒋某，男，43岁，干部。患者自幼即有咳嗽、气喘，近20多年来，病情逐渐加重，每年冬季、夏季发作比较频繁。发病时咳嗽气喘，痰稠不易咳出，不能平卧。经蚌埠市某医院检查诊断为慢性气管炎、肺气肿。治疗经过：1968年4月咳喘发作，来刺血科治疗，取穴太阳、鱼际、条口，2周后又刺血治疗1次。前后经两次刺血治疗后，咳嗽气喘明显减轻，痰量减少且易于咳出，饮食增加，不再怕冷，体质增强，效果显著。1979年3月随访，全年上班工作，有时受凉发病，症状也比以往明显减轻。

【导读】

喘证以呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼扇动，不能平卧者为主要临床表现。其症状轻重不一，轻者仅表现为呼吸困难，不能平卧；重者稍动则喘息不已，甚则张口抬肩，鼻翼扇动；严重者，喘促持续不解，烦躁不安，面青唇紫，肢冷，汗出如珠，脉浮大无根，发为喘脱。喘证虽是一个独立的病证，但可见于多种急慢性疾病过程中。它所涉及的范围很广，不但是肺系疾病的主要证候，且可因其他脏腑病变影响于肺所致。现代医学的肺炎、喘息性支气管炎、肺气肿、肺源性心脏病、心源性哮喘、肺结核、矽肺等发生呼吸困难时，均属于本病范畴。《黄帝内经》记载有喘证的名称和症状表现，指出喘证病因既有外感，也有内伤，病机亦有虚实之别，肺为主病之脏，但亦可涉及他脏。张仲景《金匮要略》中所言“上气”亦指气喘，认为辨证应分虚实两大类。明·张景岳把喘证归纳为虚实两大证，清·叶天士《临证指南医案·喘》有“在肺为实，在肾为虚”的观点，确立了喘证的辨证纲领。林珮琴《类证治裁·喘证》认为：“喘由外感者治肺，由内伤者治肾”对指导临床实践具有重要意义。

本节所选医案的主治医家均认为喘证常由多种疾患引起，病因复杂，可分为外感、内伤两大类。外感为六淫外邪侵袭肺系；内伤为饮食不当、情志失调、劳欲久病等导致肺气上逆，宣降失职，或气无所主，肾失摄纳而成。喘证的治疗应分清虚实邪正。发作期以实为主，重在祛邪利气以治肺，缓解期以虚为主，重在培补摄纳以调治肺脾肾。

杨永璇医案：所治病例喘咳10余年，频频发作，病在深秋，不易控制，应先予疏散。针肺俞、风门、尺泽、列缺、合谷、丰隆、大椎均用阳中隐阴法。风门针后加拔火罐，症状缓解后加太渊捻旋补法，喘咳减轻，形神渐复。2年后因突患感冒，再次复

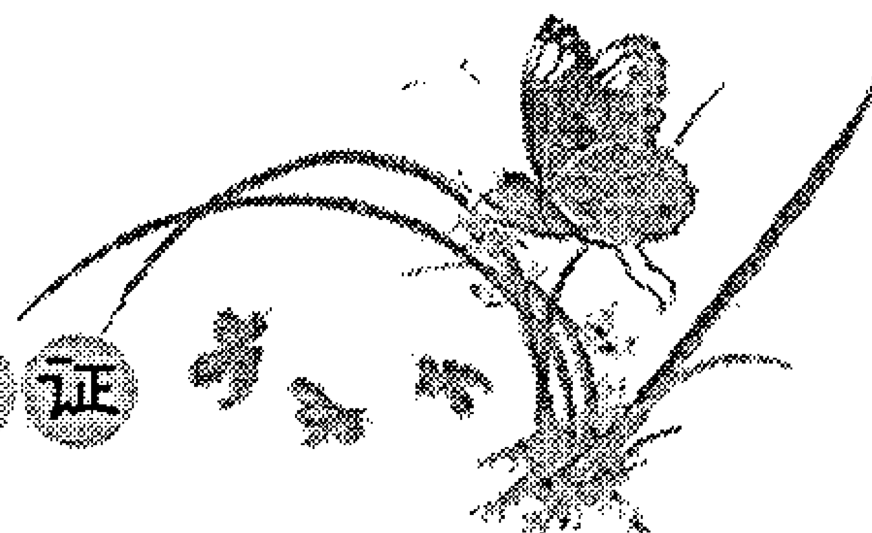


发，辨证为邪在上焦，不得透泄型喘证，用温阳灸治法。采用肺俞、灵台、膻中、足三里麦粒大小艾炷直接灸，加针太溪用捻旋补法，旋即症情稳定。杨氏认为在临床上所见到的喘证病例，往往多年频作，久病则虚，虚在肺、脾、肾三脏。肺虚则邪易感而气易壅，脾虚则湿易滞而痰乃生，肾虚则气不纳而病遂久延矣。辨证有阴虚阳虚之分，有热痰、寒痰之别。治应急则治标，太渊与天突可缓解症状。邪胜则以祛痰降气为首要，丰隆每能立竿见影。正虚治应纳气归肾，配用太溪。总之，获效关键在于固本培元，增强体质，本固则邪不易侵，故古人谆言喘证标在肺而本在肾。如虚寒则用艾炷直接灸，取大椎、喘息、肺俞、膏肓诸穴，以助阳化阴。如能坚持治疗，调理巩固，必然有效。

邱茂良医案：所治病例患慢性支气管炎已 10 余年，入冬为甚，近年频繁发作，且患者年事已高，中医辨证为痰饮阻肺，肾不纳气型喘证，西医诊断为慢性支气管炎，肺气肿。邱氏认为本证治宜宣上纳下，采用天突、膻中、肺俞、肾俞、尺泽、关元、气海、足三里先轻刺，后重灸膻中、气海、关元。在治疗中，患者胸闷气息不畅，可用尺泽。尺泽为手太阴肺经之合穴，《难经》云："合主逆气而泄。"肺有病，其气留于两肘，尺泽一穴，与肺气通应。若气郁于胸，泻其穴，可顿觉气畅，庶可截转病势，而收速效。若为肺脾气虚及肾不纳气的虚证，亦可泻尺泽以宣肺，配以调补之穴以培本，亦为治喘之良法。

欧阳群医案：所治病例因遇险而惊恐，郁郁不乐，惊恐伤肾，肾气不足，下元不固，气不摄纳；又因脾肾不足，痰饮内生，上乘于肺，而肺失肃降。患者每于子夜时喘息发作，动则喘甚，呼长吸短，痰多难以咳出，伴腰膝酸软，头眩耳鸣，辨证为肾虚型喘证，西医诊断为肺气肿。欧阳氏认为子时为阴气盛于内之时，此证阳虚阴盛，两阴相加，故子时加重，天明阳气渐盛则证候自缓。本证治疗必须把握时机，于病发前 10～15min 进行治疗。取肾俞、复溜以补肾纳气，降逆平喘；取肺俞以宣肺平喘，辅三阴交以健脾化痰，悬灸喘息穴（膈俞外上方 2～3 分处之凹陷中）以止咳平喘。每次治疗留针或艾灸 1h，诸穴合用，有效地控制喘息发作，随着症状的减轻，患者发作从深夜子时逐次后延半时辰，推延至午时喘证不再发作。

钟梅泉医案：钟氏认为急性支气管炎患者在胸椎 1～12 两侧有条索并有压痛，腰部有泡状软性物，后颈部及胸锁乳突肌处可摸到条索和结节，天宗穴有压痛，一般采取中等度或较重刺激手法，阳性物及阳性反应区采取重刺激。梅花针对急性支气管炎治疗较好，小儿患者效果比成人好，可每天治疗 1 次，直至症状好转后改为隔日治疗 1 次。所治病例因外感半月后早晚咳甚，痰黏胸闷，辨证为余邪未尽，肺气失宣型喘证，西医诊断为急性支气管炎。采用梅花针在后颈部、胸部、气管两侧、肘窝、太渊、合谷、天突、阳性物处进治，重点叩打颈椎 4～7 两侧、气管两侧、下颌部、太渊、合谷等处治愈。



王秀珍医案：王氏认为慢性气管炎患者普遍存在着支气管感染，晚期可并发阻塞性肺气肿。本病属于中医学"咳嗽"、"痰饮"范畴，病机为"肺气失畅，而致血行不利"。王氏所治病例有 20 年以上的咳喘病史，顽固难治，中医辨证为喘证，西医诊断为慢性气管炎并发肺气肿，病情较重，经刺血太阳、鱼际、条口后症状明显减轻。王氏认为刺血疗法，可消除支气管黏膜充血、水肿，咳喘可止。

第四节 胸　痹

一、郑魁山

胸阳不振，寒邪侵袭型胸痹《郑氏针灸全集》

李某，男，52 岁，工人，1952 年 1 月 5 日初诊。1947 年冬天值夜班，一夜寒不可耐，第 2 天开始胸痛，胸闷气短，不敢着凉，冬天加重，夏天减轻，每年犯病，一年比一年重。当时胸痛及背，咳嗽不能平卧，有时心慌、出汗。检查面色苍白，慢性病容，抬肩呼吸，手足冰凉，舌苔白腻，脉滑。辨证系胸阳不振，寒邪侵袭，阴寒凝滞，结成胸痹。采用温痹振阳，散寒利湿之法，针肺俞、厥阴俞、心俞用热补法，使温热感传到胸部，不留针，膻中灸 10min，内关、公孙用热补法，留针 20min。针灸后胸痛减轻，每日针灸 1 次，3 次后胸痛基本消失，但仍喘息气短，改针百劳、大椎、肺俞、膻中、列缺、照海用热补法，留针 20min，每周 2～3 次，治疗 13 次后，症状完全消失，恢复了工作。1953 年 1 月 10 日随访未再复发。

二、司徒铃

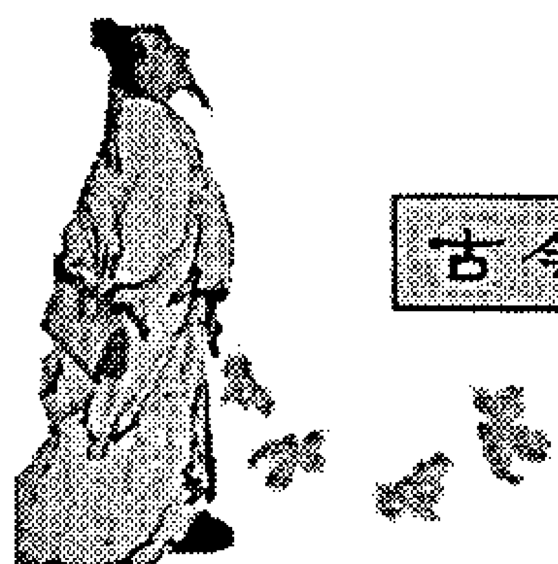
心气不足型胸痹(早期冠心病)《古今针灸医案医话荟萃》

陈某，女，50 岁，医务人员，1976 年 3 月 8 日初诊。自诉：近 1 年来心前区不适，胸闷，心悸不宁，时有不寐，胃纳尚可，二便正常。查：面色无华，舌淡红苔少，脉沉缓而结，血压 126/82mmHg，曾在某医院作心电图检查为早期冠心病(冠状动脉供血不足)。证属虚劳心悸，心气不足所致厥心痛，治以补益心气调畅气血。针取心俞、膏肓、足三里、内关。先用维生素 B_1 100mg，维生素 B_6 50mg，混合注射心俞、膏肓(交替使用)，并用补法针刺内关与间使，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。第 1 疗程后，症状无明显改善，再经研究认为患者属心血管功能有关疾病，治当补益心气以调整心血管功能为主，加灸心俞，故第 2 疗程结束乃告临床治愈，并恢复正常工作。

三、高镇五

(一)气阴两虚型胸痹(窦性心动过缓)《中国当代针灸名家医案》

戈某，男，54 岁，工人，1981 年 5 月 14 日初诊。主诉胸闷，胸痛，气短已 4 年。



病史：患者眩晕、头胀，6个月前经某医院诊断为高血压，经常服降压药物。胸闷，胸痛，气短，起病4年。近3个多月来，至暮踝部水肿，夜卧欠安，胃纳较减，二便尚可。检查：慢性病容，形体较瘦，舌质红，苔少，脉细弦迟缓。测血压165/92mmHg(22/12.2kPa)。心电图检查：①窦性心动过缓，45/min；②左室外膜高电压。诊断：胸痹，气阴两虚型。治疗：补益心气，育阴潜阳。取穴：内关、足三里、三阴交。操作：患者取仰卧位，选用32号1.5寸不锈钢毫针，施徐疾补法，缓慢“得气”，针感弱偏中等，“守气”30min，静留针5min后出针。5月16日2诊，诉胸闷、胸痛有所减轻。治法同前，静留针10min。5月18日3诊，夜卧渐安，胸痛未作，脉率50/min，治法同前。5月21日4诊，头晕未作，脉率52/min，血压152/86mmHg(20.2/11.4kPa)，治法同前。5月23日5诊，自觉症状明显减轻夜卧亦安，血压146/84mmHg(19.4/11.2kPa)。取内关、列缺、素髎。前二穴施徐疾补法，弱中得气感应，静留针10min，素髎用毫针刺皮刮柄法，1s，刮2min。5月26日6诊，心电图检查心率58/min，治法同前。以后隔1～2日针治1次，10次为1疗程。1疗程满，停针1周，续第2疗程。内关、列缺、足三里、三阴交、素髎等穴，每次选用2～3个，轮流选用。6月18日心电图复查：心率64/min，血压126/84mmHg(16.8/11.2kPa)，踝部已无水肿。为巩固疗效，又续治6次，心率、血压均正常。

(二)气阴两虚型胸痹(频发室性早搏、窦性心动过速)《中国当代针灸名家医案》

杨某，女，45岁，职员，1981年8月15日初诊。主诉：心悸、胸闷、胸痛，起病1年余。病史：患者1年多前，因疲劳过度，又受感冒，发生心悸、胸闷，以后又发作胸痛。经某医院心电图检查为频发室性过早搏动，冠心病可疑。用过中西药物治疗，能够缓解，但经常复发，迄未痊愈。近心悸、胸闷、胸痛时作，夜卧难寐，口干，胃纳及二便尚可。检查：精神萎靡，舌质红，脉促，心律不齐。心电图检查：①频发室性过早搏动；②窦性心动过速；③低电压倾向。诊断：胸痹，气阴两虚型。治疗：益气育阴，蠲痹宁心。取穴：内关、神门、安眠。操作：患者取仰卧位，选32号1.5寸不锈钢毫针，施徐疾补法为主，略伍泻法，“得气”感应中等度偏弱而舒适，留针15min。其间每隔5min短促运针给予较强感应1次。8月16日2诊，诉昨日针灸治疗后，自觉症状有所减轻。治法同前。8月17日3诊，诉自觉症状续有好转。治法同前，留针改为20min。8月18日4诊，诊脉为沉细，伴结代。心电图检查心率90/min，室性早搏。表明频发室性早搏已趋好转，早搏次数已明显减少，心动过速亦趋正常。穴法手法合证，治法同前，并改为隔1日治疗1次。治疗1疗程10次后，自觉舒适，脉象基本正常，结代脉消失。心电图复查正常。为巩固疗效，续治4次，结束。

(三)气阴两虚型胸痹(窦性心动过缓、频发房室交界性早搏)《中国当代针灸名家医案》

夏某，男，42岁，工人，1982年5月7日初诊。主诉：胸闷、气短，时行胸痛，已3



年余。病史：患者由于经常睡眠不足，疲劳，3年多前，开始头晕、胸闷、气短，或胸痛、乏力。曾在某医院治疗两次，心电图检查为：①窦性心动过缓；②频发房室交界性过早搏动。今胸闷，气短或胸痛，头晕，畏寒，踝部水肿，至暮尤甚，口干，乏力，难寐。检查：面色少华，舌质色淡而胖，舌边齿痕明显，结代频作。心电图检查：窦性心动过缓，48/min，频发房室交界性早搏，呈三联律。诊断：胸痹（窦性心动过缓、频发房室交界性早搏），气阴两虚型。治疗：益气补阳，蠲痹宁心。取穴：内关、素髎、三阴交、安眠。操作：捻转补法，"得气"感应以弱为主，略偏中等，"守气"30s左右，不让气脱失，静留针5min后出针，"素髎"穴用刺皮刮针柄法，1s，刮刺2min。5月9日2诊，诉针治后胸闷稍减。治法同前，留针改为10min。5月11日3诊，脉率50/min，结代脉减少。治法同前。5月14日4诊，诉夜眠较安，脉律齐，无结代，心率54/min。治疗效果较佳，患者欣喜。如此每隔1～2d针治1次。腧穴处方或以列缺易内关，或以膻中易内关，操作方法相同。连续针治9次后自觉症状消失，踝部水肿亦退。心电图复查心率58/min，无期前收缩。为巩固稳定疗效，续治4次，心率64/min，律齐，正常。只是脉象较软，舌质齿痕仍存在，继续调治，选用内关、足三里为主，治疗而愈。

四、方云鹏

瘀血痹阻型胸痹（冠心病）《中国当代针灸名家医案》

陈某，女，38岁，1981年11月9日初诊。主诉：胸痛、胸闷、气短1年。病史：患者1年前开始出现胸闷，胸痛，并逐渐加重，劳则更甚，伴心慌气短，全身乏力，善太息，食少，睡眠欠佳。检查：面色不华，形体消瘦，舌质紫黯，苔薄白，脉沉细。心电图提示：心肌劳损，冠状动脉供血不良。血脂：胆固醇6.5mmol/L，三酰甘油1.24mmol/L；脑血流图提示，脑血管弹性减退，血管紧张度增高；眼底动脉硬化Ⅱ期。血压：90/60mmHg(12/8kPa)。诊断：胸痹，瘀血痹阻型。治疗：活血化瘀，通络止痛。取穴：头皮针伏脏心胸部、倒脏中焦相应部位，配伏象、倒象相应部位，呼循穴等。操作：每次留针30min，每日1次，每10次为1疗程，每针5次休息2d，共治疗4个疗程患者自诉胸痛、胸闷消失，仅劳累时还觉气短。复查结果：心电图大致正常，血脂正常，血压120/80mmHg(16/10.7kPa)，脑血流图、眼底无明显改变。

五、孙学全

气滞血瘀型胸痹（缺血性心脏病）《中国当代针灸名家医案》

师某，男，47岁，1973年5月7日初诊。主诉：胸部闷痛反复发作已有6年，加重10d。病史：患者于6年前因情志不遂而致胸部闷痛，有时呈压榨性绞痛，放射至左侧肩背部，心电图示V_1～V_5ST段压低，T波低平。在某省级医院确诊为冠心病。近10d来，胸部闷痛较甚，放射至左上肢，时间持续5～10min，每因情志刺激

而诱发。检查：神志清楚，语言流利，中等形体，舌有瘀斑，脉沉细而涩。心电图示：$V_1 \sim V_3$，ST段是水平型下移。诊断：胸痹，气滞血瘀型。治疗：活血化瘀，理气止痛。取穴：①膻中、内关、厥阴俞；②心俞、巨阙、郄门。操作：两组穴位交替使用，每组针10d为1疗程，每日1次，疗程间隔3d，均采用毫针刺法。手法以捻转手法为主，采用强刺激，持续行针，每次针刺30min。经采用上法治疗2个疗程后，病情明显好转，胸部闷痛消失。心电图大致正常。

六、孟竞壁

心阳不振、心脉瘀阻型真心痛（心前壁广泛性心肌梗死）《中国当代针灸名家医案》

封某，男，55岁，干部，1979年1月14日初诊。主诉：心前区剧痛1d。病史：患者当日早晨熟睡中翻身后，突感心前区剧痛，口服硝酸甘油及氨茶碱药物，疼痛不减。患者以前心电图证实有陈旧性心肌梗死之痼疾。现症：心前区剧痛，未见放散，憋闷气短，心慌，心悸，冷汗自出，乏力懒言，恶心欲吐，大便失禁。检查：面色苍白，形寒肢冷，神志清楚，双侧瞳孔等大同圆，对光反应敏感，呼吸尚匀，听诊闻心音微弱，$A_2 > S_2$，背下部可听及散在湿性啰音。舌质黯紫苔腻，脉细数而结。诊断：真心痛，心阳不振、心脉瘀阻型。治疗：温通心阳，回阳止痛。取穴：内关、足三里。操作：内关用毫针快速进针，平补平泻手法。运针20min后，疼痛缓解，但四肢仍凉。此时再加刺足三里，用补法健中回阳。后四肢转温，连续行针3h后诸症缓解，病情稳定，遂送医院继续监护，经心电图证实为心前壁广泛性心肌梗死。

七、王秀珍

胸痹（冠心病）《刺血疗法》

谢某，男，67岁，工人。1972年因胸闷、心慌、结代脉，在省某职工医院查心电图。报告显示：窦性心律不齐及过缓，慢性冠状动脉供血不足，偶见室性期外收缩，Ⅰ度房室传导阻滞，偶见室性融合波。初步诊断为“冠心病”。对症治疗，效果欠佳。胸部闷痛、心慌气短、眠食均差。1974年2月12日来刺血科治疗。诊断：冠心病。治疗经过：取穴阳交、少海，每2周刺血治疗1次，共刺血治疗5次，结代脉消失，症状缓解，参加劳动。退休后病情亦较稳定。1979年5月追访：胸闷、心慌轻微，病情稳定。

【导读】

胸痹是指以胸部闷痛甚则胸痛彻背，喘息不得卧为主症的一种疾病，轻者仅感胸闷如窒，呼吸欠畅，重者则有胸痛，严重者心痛彻背，背痛彻心。现代医学所指的冠状动脉粥样硬化性心脏病（心绞痛、心肌梗死）、心包炎、二尖瓣脱垂综合征、病毒性心肌炎、心肌病等属于本病范畴。胸痹的临床表现最早见于《黄帝内经》。《素



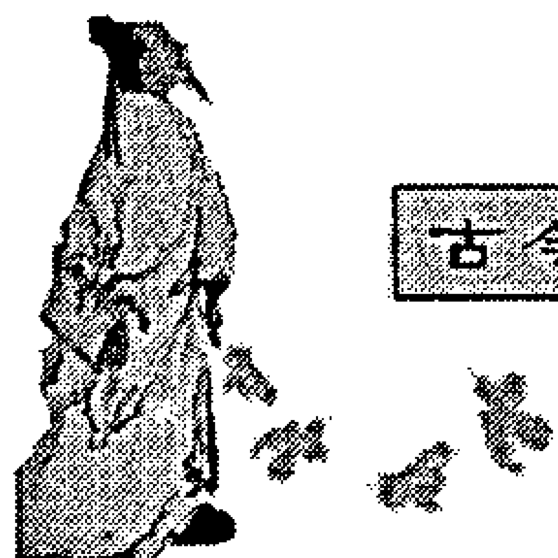
问·缪刺论》有"卒心痛"、"厥心痛"之称。《素问·厥论》将心痛严重,迅速造成死亡者,称为"真心痛"。张仲景《金匮要略》正式提出"胸痹"的名称,将病因病机归纳为"阳微阴弦",制定了温通散寒,宣痹化湿的治疗方法,体现了辨证论治的特点。宋金元时代常以芳香、温通、辛散与益气、养血、滋阴、温阳为法治疗胸痹。明清时期,《玉机微义》中提出了心痛与胃脘痛的鉴别。后世医家总结了前人的经验,提出了活血化瘀的治疗方法,至今沿用不衰,为治疗胸痹开辟了广阔的途径。

本节所选医案的主治医家均认为本病证的发生多与寒邪内侵、饮食失调、情志失节、劳倦内伤、年迈体虚等因素有关。其病机有虚实两方面,实为寒凝、血瘀、气滞、痰浊,痹阻胸阳,阻滞心脉;虚为气虚、阴伤、阳衰,肺、脾、肝、肾亏虚,心脉失养。在本胸痹的形成和发展过程中,大多先实而后致虚,亦有先虚而后致实者。基于本病病机为本虚标实,虚实夹杂,发作期以标实为主,缓解期以本虚为主的特点,治疗原则先从祛邪入手,然后再予扶正,必要时可根据虚实标本的主次,兼顾同治。标实当泻,针对气滞、血瘀、寒凝、痰浊而疏理气机,活血化瘀,辛温通阳,泄浊豁痰,尤重活血通脉治法;本虚宜补,权衡心脏阴阳气血之不足,兼见肺、肝、脾、肾等脏之亏虚,补气温阳,滋阴益肾,纠正脏腑之偏衰,尤其重视补益心气之不足。在胸痹的治疗中,尤其针对真心痛的诊治,必须辨清证候之重危顺逆,一旦发现脱证之先兆,必须尽早予以益气固脱之法。

郑魁山医案:所治病例辨证为胸阳不振,寒邪侵袭型胸痹。宜采用温痹振阳、散寒利湿之法。郑氏认为《素问·至真要大论》说:"寒者热之",《素问·阴阳应象大论》说"形不足者,温之以气",是指感受寒邪或者形体虚寒,应用温法温经散寒补气的治疗原则。故胸痛针肺俞、厥阴俞、心俞、内关、公孙用热补法并灸膻中。

司徒铃医案:司徒氏认为胸痹乃心气不足,阳气不足。阳气不足则应使用"以火补之"的艾炷灸为主,补益心气,促使心血管的功能得到改善,从心俞穴能治心血管功能性疾患的例证中,体会到《灵枢·背俞篇》说"灸之则可,刺之则不可"理论的重要性,所治病例辨证为心气不足型胸痹,西医诊断为早期冠心病。司徒氏先交替使用心俞、膏肓进行穴位注射,并用补法针刺内关、间使无明显改善,后加灸心俞,而告临床治愈,其总结运用灸背俞穴治五脏疾病的经验值得重视。

高镇五医案:高氏认为针灸治疗心血管疾病疗效确实。所治病例均辨证为气阴两虚型胸痹,脉症舌表现提示病在心、肝二脏及其经络。病例①西医诊断为窦性心动过缓,病例②为频发室性早搏、窦性心动过速,病例③为窦性心动过缓、频发房室交界性早搏。故选用心包经络穴内关,益心气,蠲心痹;足三里培生化之源以益心气;三阴交交通心肾,滋阴潜阳;列缺是手太阴肺经络穴,通调肺脏之心脉,经气畅运,胸部自舒;素髎乃督脉之腧穴,督脉主一身之阳,其脉"上贯心",素髎位于鼻尖,鼻为肺之窍,心脉痹阻不畅,致脉象迟缓;心动过缓者,选素髎穴,可振奋心肺之阳气,收通络蠲痹之功。高氏认为针刺操作手法是提高疗效的关键。所治病例辨



证均系虚证，治宜补之，故得气须徐缓，感应以弱或中等为宜，并注意守气，留针不超过15min。

方云鹏医案：方氏认为近年来针灸治疗冠心病的研究已不断深入，取得较大进展，例如对冠心病所致的心律失常、心绞痛等，均取得较好疗效。但从治疗方法看，多用体针、耳针、电针、激光和微波照射等。而仅用头皮针的报道甚少。方氏经实验证明头皮针伏象、倒脏相应穴位，具有降血压作用，并可降低交感神经的兴奋性，减慢心率，降低心肌耗氧量，增加每搏量，使冠脉灌注量增加，从而改善心肌缺血状况，起到活血祛瘀，通痹止痛的作用，其症状消失和减轻的总有效率为96.51%，心电图改善有效率为87.5%。所治病例辨证为瘀血痹阻型胸痹，西医诊断为冠心病。方氏用头皮针选择伏脏心胸部、倒脏中焦相应部位，配伏象、倒象相应部位，呼循穴等进行治疗，患者症状及心电图明显好转。

孙学全医案：孙氏认为应用针灸治疗冠心病心绞痛在医学文献中早有记载，如《针灸大成》“心病者，胸中痛，曲泽、内关、大陵”。所治病例辨证为气滞血瘀型胸痹，西医诊断为缺血性心脏病。取①膻中、内关、厥阴俞；②心俞、巨阙、郄门两组穴位交替使用，采用毫针捻转强刺激手法进行治疗。盖心主血脉，脉为血之运行通路，气又为血帅，若心气虚或心阳不足则血运无力产生瘀血，导致心脉瘀塞而疼痛。故取心俞以通阳散结，膻中宽胸理气；内关、郄门清心胸郁热而宣心阳，诸穴配伍可通阳散结，行气化瘀，活血通络，疗效显著。

孟竟壁医案：所治病例辨证为心阳不振、心脉瘀阻型真心痛，西医诊断为心前壁广泛性心肌梗死。《黄帝内经》曰：“邪之客于心者，皆在于心包络，心包者，心主之脉”。“内关主心痛”的治则为历代医家所推崇，故首选心包经之络穴，又是八脉交会穴的内关以回阳通经，祛心脉之瘀邪，使心阳得振，心脉复通，通则痛止，诸症随之而解，配胃经之足三里以补中培土，温补四末，降逆止呕。二穴相配，共奏温通心脉，回阳止痛之功。

王秀珍医案：王氏认为胸痹多因过食肥甘，寒温失调，恼怒气滞，劳逸失度等因素导致气血瘀滞，阻遏胸阳，“不通则痛”，治疗以“通”为主。刺血可达到化瘀通络、行气活血的效果，所治病例辨证为胸痹，西医诊断为冠心病，取阳交、少海二穴刺血，临床症状得以缓解。

第五节 心 悸

一、陆瘦燕

心阳不足，水湿内停型心悸（心动过速）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

韩某，女，28岁，干部，1963年8月7日初诊，心悸心慌已3年，伴有背腰酸痛，



怕冷，纳呆。曾服中药7帖，又经西医检查，心尖区有Ⅱ级收缩期杂音，心率120/min，律齐，心界未明显扩大，诊断为“心动过速”，转来针灸。当时病者气促、胸闷、肢端青紫，并有失眠、头晕、健忘、纳呆、足面水肿等症状，脉细数，舌苔薄质淡。此系心阳不足，水湿内停，心神受扰，不得宁静之故。治拟宁心安神，温阳化水。取穴：郄门（双）、神门（双）、内关（双）、足三里（双）、三阴交（双）、阴陵泉（双）、公孙（双）、关元；手法：平针法，捻转结合提插，得气为度，留针15min，加用温针。8月15日4诊，间日连治3次，心悸较宁，气促胸闷亦减，寐寤较安，唯背腰酸痛未减，不耐久坐，仍从原方出入。取穴：内关（双）、郄门（双）、公孙（双）、足三里（双）、三阴交（双）、太冲（双）、大杼（双）、心俞（双）、肾俞（双）、水分、气海；手法：同前加温针。8月21日7诊，针治以来，诸症逐渐好转，足跗水肿亦渐退，肢末青紫已减，今晨突然因事惊惶，心悸又作，气急胸闷，频频欲吐，背部酸痛渐向下移，仍守原方投治。取穴：公孙（双）、太冲（双）、内关（双）、足三里（双）、三阴交（双）、阴陵泉（双）、郄门（双）、大杼（双）、肾俞（双）、气海；手法：同前用温针。8月25日9诊，近2次针后，惊悸已宁，胸闷得畅，气逆亦降，唯腰尻部仍酸痛，转侧时尤甚，再投原方观察。取穴：公孙（双）、太冲（双）、三阴交（双）、足三里（双）、内关（双）、大杼（双）、肾俞（双）、腰阳关、气海（温针）；手法：同前用温针。20诊：9月28日。针治以后，心悸宁静，寐象转安，足跗肿胀已退，背尻酸痛减轻，面色渐转红润，脉细滑，舌苔薄白，再守原方。处方：取穴：公孙（双）、太冲（双）、三阴交（双）、足三里（双）、内关（双）、郄门（双）、大杼（双）、肾俞（双）、腰阳关、关元；手法：同前用温针。1月8日23诊，诸症渐次消失，面色红润，胃纳增加，精力充沛，目前已恢复工作，再以针治巩固疗效。取穴：公孙（双）、内关（双）、足三里（双）、三阴交（双）、大杼（双）、肾俞（双）、关元；手法：同前用温针。

二、魏　稼

心肝有余型心悸（风湿性心脏病心动过速）《魏稼针灸经验集》

一例风湿性心脏病心动过速患者，心率192/min，用针刺内关、心俞2穴，约卧针20min，心率即减慢到170/min，但此时患者全身大汗，恐其虚脱，旋即去针，起针后不久心率又复原状，患者面色㿠白、自觉心胸痞闷不舒，心率190/min以上，为心肝有余证，根据实则泻其子原则，取心经的俞穴神门（以心经属火为母，神门属土为子），肝经的荥穴行间（以肝经属木为母，行间属火为子），用泻法针刺，留针5min检查，心率为180/min，再捻转运针1次，卧针至10min检查，心率下降到130/min左右，此时脉搏历历可数，再留针1.5h，心率已减至94/min左右，感到轻松舒适。以后未再施术，20d后随访，据称针后心率迄未增减。



三、高镇五

(一)阴虚阳亢型心悸(病毒性心肌炎、脑血管梗死)《古今针灸医案医话荟萃》

沈某,男,50岁,工人,1979年9月10日初诊。自诉:1978年12月因高热、心悸住院诊断为病毒性心肌炎。热退后遗留过早搏动,出院后用中西药物治疗3个多月,疗效不显。8月初患左半身不遂,迄已月余,某医院诊断为脑血管梗死。今胸闷、心悸,左肢不遂,夜眠不稳,胃纳、二便尚可,舌质红,苔薄腻,脉结代,血压为152/92mmHg。心电图:①频发室性早搏;②左室外膜高电压。诊断为:①心悸,阴虚阳亢;②左半身不遂。治宜宁心益气,育阴潜阳,疏导左肢经气。处方:内关(双)、曲池(双)、风池(双)、环跳(左)、足三里(左)、三阴交(左)、太冲(双)。操作:毫针平补平泻,间歇动留针10min。9月12日复诊,针治后自觉胸闷较轻,夜卧尚安,处方操作同前,留针延长至20min。9月14日复诊,结代脉有所减少,患者自觉针灸有效,治法同前。如此隔1～2d针治1次,8次后过早搏动已极少。又巩固治疗5次,脉率正常,心电图复查正常,血压138/84mmHg,以后重点治疗半身不遂。1979年12月20日心电图复查正常。1981年11月随访脉律正常,每日上班工作。

(二)心气虚型心悸(频发室性早搏)《中国当代针灸名家医案》

朱某,女,17岁,学生,1980年9月26日初诊。主诉:心悸6个月多,遇劳则发。病史:6个月前感冒发热,心悸。经治疗感冒愈,心悸未能消失,每遇疲劳,即感心悸,今年秋试考大学,学习应试,感到疲劳。大学考上后,录取在某大学,但在入学健康检查时,诊断为频发室性过早搏动。学校嘱治愈后,健康复查后正常再入学。今自觉胸闷,心悸,气短,乏力。检查:神情抑郁,面色少华,舌质淡少苔,脉象沉细频发结代。心电图检查:频发室性早搏。诊断:心悸,心气虚型。治疗:益气宁心。取穴:神门、内关。操作:患者取仰卧位。选用32号1.5寸不锈钢毫针,施徐疾补法,"得气"感应徐缓舒适,留针20min,期间隔5分钟运针15～30s,增加一下针感。出针时患者自觉胸部舒适,脉律正常。心电图即时复查为正常心电图。为巩固疗效,每日针治1次,治法同前。连续治疗6次,自觉症状已无,过早搏动消失。经学校体检复查合格,批准入学。

四、程隆光

心肾阳虚型心悸(病窦综合征)《中国当代针灸名家医案》

王某,女,45岁,干部,1978年7月4月初诊。主诉:胸闷,心慌7年。病史:1971年因心前区不适,晕厥,憋气心慌去北京阜外医院诊断为心肌病。1972年晕厥4次,多次住院检查,心率30～40/min,心电图示窦性型P波,P-P隔>1.0s,P-P间期>0.12s,T-P段明显延长,常有三联律,诊为病窦综合征。迭经中西药物治疗无效而求治于针灸。现症:头晕,失眠,时有通宵不寐,心悸自汗,胸闷憋气,乏力,



畏寒肢冷，腰酸软。检查：神志清楚，语言流利，动作自如，面色晦暗，血压：100/64mmHg(13.3/8.5kPa)，心律不齐，心率38/min。舌黯红，苔薄白，脉结。诊断：心悸，心肾阳虚型。治疗：温补心肾，活血化瘀。取穴：神门、神堂、志室、膻中、大陵、心俞、完骨、膈俞。操作：每日针灸1次，12次1疗程，中间休息1周。针刺手法补为主，神堂、志室加艾条温灸，共针灸24次。针灸3次，心悸胸闷减轻，睡眠改善。1个疗程后自觉症状大部消减，心率46/min。2个疗程后，头晕心悸自汗等症状消失，睡眠正常。心律整，心律齐，心率60/min，心电图明显改善，半年后随访，心率58/min，自觉良好，坚持日常工作。

五、彭静山

心阳虚型心悸《古今针灸医案医话荟萃》

任某，男，36岁，1973年9月14日初诊。自诉：睡眠不安，心慌悸动，精神恍惚，久治不愈，在家休息。检查：精神疲倦，面色微黄，舌赤无苔，六脉沉细，左寸尤虚，诊为心阳虚怔忡。治以虚则补之。阳虚者宜补气回阳。循经取穴选用神堂穴，针感传导至臀部，行旋捻补法2min，又加督脉之大椎、陶道，针感均至尾部，行旋捻法2min，当即起针。针治1次效果良好，睡眠稳熟，醒后周身舒畅，心悸减轻，隔日又如法针刺1次，恢复健康，上班工作。

六、王宗学

心胆气虚型惊悸(精神异常)《中国当代针灸名家医案》

张某，男，56岁，技术员，1981年7月10日初诊。主诉：惊恐心悸5个月余。病史：5个月前因车祸受惊所致。车祸后患者短时间意识不清，待清醒后常常心悸不宁，惊惕易恐，头晕失眠，食欲减退，四肢乏力，烦躁不安，诊断为“精神异常”，曾以多种镇静药物治疗未能获效，凡听到异常声音，遇到紧张的场面、看紧张的电视、电影等便立即发病。检查：身体消瘦，面色无华。舌苔薄白，舌质淡红，脉象弦细无力。诊断：惊悸，心胆气虚型。治疗：安神镇惊，养血宁心。取穴：内关、神门、气海、中脘、心俞、肝俞、胆俞、脾俞。耳穴：神门、皮质下、脑点、心、胃。操作：内关、神门、心俞、肝俞均用泻法，众穴均用补法。耳穴各点贴以王不留行，嘱患者每天自己压按3次。上述穴位轮流使用，每日1次，留针30min。经过1次治疗后，惊悸好转，当晚即可入睡，连续治疗10次，诸症消失。精神状态良好，为巩固疗效继续治疗10次而痊愈。经6个月随访未复发。

七、阮少南

心阳不振型心悸(心律失常)《中国当代针灸名家医案》



吴某，男，63岁，退休教师。主诉：时有心悸、胸痛5年。病史：患者在5年前开始心悸、胸闷、左胸部隐痛、头晕，去某医院心血管科就诊，心无杂音，心律规则，心率52/min，唇发绀，血压96/52mmHg(12.79/6.9kPa)，血脂正常。心电图：窦性心动过缓，二级梯运动试险阳性。眼底检查：眼底动脉三级硬化。脑血流图：供血不足。诊断为冠心病，心动过缓。经药物治疗及体育锻炼仍无改善，故来就诊。检查：面色无华，时有叹息，舌质绛有瘀点，脉沉迟。诊断：心悸，心阳不振型。治疗：补益心阳，通脉宣痹。取穴：百会、大椎、心俞、大陵。操作：均以1寸毫针，进针得气后行补法，留针20min。隔日1次。经上法治疗20次，心率62/min，自觉症状消失。观察1年余，情况稳定。

八、陈大中

心气虚型心悸(心肌炎)《中国当代针灸名家医案》

洪某，女，51岁，1981年1月14日初诊。主诉：心慌、心悸5年余。病史：患者病毒性感冒后并发心肌炎，已5年多，经常心悸胸闷，时见早搏，甚至有5～6/min之多。稍稍劳累即发，发则全身困倦，傍晚时足跗水肿。心电图显示T波倒置。易于感冒，每因感冒时而诱发早搏，已全休2年多。检查：面色皖白，神疲，懒言，倦怠，足跗微肿，脉象三五不调，舌苔光剥。诊断：心悸，心气虚型。治疗：益气养心健脾。取穴：中脘、太渊、足三里、公孙。操作：必须依次进针，不能前后颠倒，进针达一定深度后，使用徐疾泻法，留针不少于29min，再用徐疾补法出针，每周针治2次。该例用五十营疗法12次后，感冒明显减少，相应的心肌炎并发症也逐步减少，前后共使用五十营疗法50余次，7个月内未发感冒，树立了治愈信心，自后保持每星期五十营疗法1次，现已2年3个月未患感冒，体重亦增加了2kg多。

九、肖永俭

瘀血阻络型怔忡(阵发性心动过速)《中国当代针灸名家医案》

肖某，男，60岁，厨师，1971年8月33日就诊。主诉：剧烈心悸约30min。病史：患者1年来曾有2次突发剧烈心悸，此次于30min前工作时突然心慌、气短。心电图诊为阵发性室性心动过速。医务室医生已针刺内关，枉效，拟送医院。当时作者出差住该宾馆，因事到医务室，偶遇患者，医务室医生邀请作者诊之。检查：痛苦面容，强迫体位，呼吸迫促，舌质黯红苔薄白，脉疾，心率约180/min。诊断：怔忡，瘀血阻络型。治疗：调理气血，化瘀通络。取穴：膻中、巨阙、肺俞、心俞(双)。操作：毫针刺法。用长针膻中透巨阙(两针接力透)，再让患者勉强半侧位行肺俞透心俞(用26号4寸长针)，双侧针后泻法捻转约1min，患者突然如释千斤重担，深



吸气一口，心悸骤然停止，呼吸畅通，心率转为 90/min，症状消失。自述上两次犯病皆住院治疗，静脉点滴奎尼丁、普鲁卡因胺等药物，每次住院连同在家休养 1 个月左右才上班。今针到病除，当场医者及患者惊叹针刺疗效之神速。

十、高玉春

气虚血瘀型心悸（冠心病、心房纤颤）《中国当代针灸名家医案》

卢某，男，54 岁，干部，1984 年 9 月 5 日就诊。主诉：心悸不安 1 年余。病史：1 年前无明显诱因突然心悸不安，经某医院检查确诊为冠心病、心房纤颤。曾住院数月好转出院，近 1 个月症状加重而来我科治疗，现症有心悸，胸闷，胃纳欠佳，食后腹胀，大便溏薄，小便略少。既往无特别记述。检查：面色㿠白，精神不振，行动缓慢，舌色黯红，口唇紫黯，语音低微。脉细而促，140/min，心电图显示快速心房纤颤。诊断：心悸（冠心病、心房纤颤）气虚血瘀型。治疗：强心健脾，益气活血。取穴：内关、膻中；配穴：三阴交、足三里、阴陵泉。操作：内关，垂直进针，施以提插结合捻转之补法，膻中，随经向上斜刺 0.5～1.5 寸，三阴交，施以调法，垂直针刺 0.5～0.7 寸，上穴针后留针 5min，10 次 1 个疗程。1 疗程后快速房颤消失，加用中脘，直刺 1～1.5 寸，天枢直刺 1.5 寸，足三里直刺 1 寸左右，均用补法。上穴针后留针 10min，共 10 次 1 疗程，偶有房早。2 个疗程后，患者已能骑自行车行 10km，上半班，变更穴位如下：俯卧首取心俞，次取膈俞，垂直针刺 0.5～0.7 寸，捻转补法，不留针，阴陵泉直刺 1～1.5 寸，补法，共留针 10min，针刺中间运针 1 次，艾条轻灸阴陵泉 10min。10 个疗程后，心电图全部恢复正常，已能正常上班。

十一、张　祥

木郁不达、气逆于心型心悸《中国当代针灸名家医案》

丁某，女，59 岁，干部，1986 年 11 月初诊。主诉：心悸、胸闷、头晕 1h。病史：患者 1 小时前，因情志不遂，与他人激烈口角，当即觉心悸、胸闷、头晕而来诊。检查：精神紧张，面色青白，血压 170/110mmHg(22.7/14.7kPa)，心率 170/min，心电图显示，阵发性心动过速。诊断：心悸，木郁不达、气逆于心型。治疗：宽胸理气，宁心安神。取穴：内关（双）；操作：急取内关，重提轻插，使针感传向肘部，留针 5min。初诊即感好转，检查心率 100/min，再施同法，症状消失，心率 90/min。翌日再针 1 次，诸症平复。

十二、王秀珍

心悸（慢性病毒性心肌炎）《刺血疗法》

贾某，男，32 岁，工人。患者于 1977 年始，有发作性心悸。心电图报告为房



颤、早搏。多次发病住院。近10个月内急性发病3次，住合肥市某医院，经各项检查诊断为病毒性心肌炎，药物治疗未效。复去省某医院服中药60帖，症状难以消除。现自感头昏、胸闷、心前区隐痛，心悸气短，腰酸无力，全身倦怠。1981年7月2日来诊。诊断：慢性病毒性心肌炎。治疗经过：取穴太阳、阳陵泉针刺出血后，上述症状逐渐消失，全身舒畅。2周后因房事过频，又感不适。再刺血曲泽、阳交（均左侧）。效果：刺血2次诸症消失。近期随访，面色有华，未曾复发，正常上班。

十三、钟梅泉

气血不足型心悸（心动过速）《中国梅花针》

熊某，男，47岁，干部，1961年4月15日初诊，病历号：203145。患心动过速已2年。发作时心率超过180/min。每周发作2～3次。伴有心悸，胸闷，气短，头晕，夜寐不安，神倦乏力。曾在北京几个医院检查，诊断为心动过速。服中、西药物未收明显效果。检查：血压128/80mmHg(17.1/10.7kPa)，心律规则，心率178/min。在胸椎1～7两侧可摸到条索及压痛，膻中穴有压痛。脉细数，舌苔薄根腻。证属气血不足。拟以益气补血，养心安神为治。根据病证，选取后颈部、腰骶部、颌下部、内关、神门、足三里、心俞、大椎、中脘、阳性物处进治，采用梅花针治疗1次后，症状减轻，心率减少为104/min。治疗1个疗程（即15次）后，发作次数减少，症状明显减轻。继续治疗2个疗程，基本不发作，偶作而症很轻，历时亦短。再巩固治疗1个疗程，症状消失，病情稳定。停诊随访观察4个月，心动过速未再复发。

【导读】

心悸是指患者自觉心中悸动，惊惕不安，甚则不能自主的一种病证，临床一般多呈发作性，每因情志波动或劳累过度而发作，常伴胸闷、气短、失眠、健忘、眩晕、耳鸣等症。病情较轻者为惊悸，病情较重者为怔忡，可呈持续性。本病概括了现代医学的心律失常，如心动过速、心动过缓、期前收缩、心房颤动或扑动、房室传导阻滞、病态窦房结综合征、预激综合征以及心功能不全、心肌炎、部分神经官能症、贫血等以心悸为主症者。《黄帝内经》虽无心悸或惊悸、怔忡之病名，但已认识到心悸有宗气外泄、心脉不通、突受惊恐、复感外邪等病因，对心悸出现脉律不齐有深刻认识。心悸的病名，首见于汉代张仲景的《金匮要略》和《伤寒论》，称之为“心动悸”、“心下悸”及“惊悸”，并记载了心悸时结、代、促脉的区别。《丹溪心法》认为心悸的发病应责之虚与痰。明代《医学正传》对惊悸、怔忡的区别与联系有详尽的描述。《景岳全书》认为怔忡由阴虚劳损所致。清代《医林改错》提出瘀血内阻导致心悸怔忡，引起后世医家的重视。

本节所选医案的主治医家均认为心悸的发生多因体质虚弱、饮食劳倦、七情所伤、感受外邪及药食不当等，以致气血阴阳亏损，心神失养，心主不安，或痰、饮、火、



瘀阻滞心脉，扰乱心神。治疗时应分虚实。虚证分别予以补气、养血、滋阴、温阳；实证则应祛痰、化饮、清火、行瘀。但本病以虚实错杂为多见，且虚实的主次、缓急各有不同，治宜应兼顾。由于心悸以心神不宁为其病理特点，故应酌情配合安神镇心之法。

陆瘦燕医案：所治病例辨证为心阳不足，水湿内停型心悸，西医诊断为心动过速，陆氏认为"心动过速"在中医学中称"心悸"或称"怔忡"，本例患者怕冷，纳呆，足跗水肿，面色㿠白，肢末青紫，脉细数，舌苔薄质淡，一派阳虚阴盛之象。治拟宁心安神，温阳化水，取公孙，内关、气海以宽中顺气；关元、水分、足三里、阴陵泉以温阳健中兼化水饮；大杼以通太阳之经气；心俞、肾俞以济水火之脏，使心肾相交。针灸并用，温阳化水，故悸动止矣。

魏稼医案：所治病例突发心悸，辨证为心肝有余型心悸，西医诊断为风湿性心脏病心动过速。魏氏认为古人根据五行生克、脏腑经络、补母泻子等理论而制定的配穴法，具有临床意义，因此根据实则泻其子原则，使用五输穴本经补母泻子法，选取心经原穴神门（心经子穴）、肝经荥穴行间（肝经子穴），针刺用泻法而取效。

高镇五医案：所治病例①辨证为阴虚阳亢型心悸，西医诊断为病毒性心肌炎、脑血管梗死。高氏认为内关是心包经之络穴，治疗心病由来已久，故针灸治疗心悸应以内关为首选穴；足三里是胃经合穴，具有强心气，益心血，和降气血，平悸治眩的作用；三阴交乃脾、肾、肝三经交会之穴，具有补心血，疗心疾，交通心肾，滋阴潜阳等功效；风池为胆经腧穴，有壮胆宁心，安神潜阳的作用；太冲可以育阴潜阳，安神宁心；曲池为阳明经合穴，既可平降血压，又可疏调上肢经气治上肢不遂；环跳为足少阳经腧穴，疏调下肢之经气，治疗半身不遂。该患者辨证为阴虚阳亢，虚中有实，故针刺施用平补平泻之法，该例由于治疗及时，穴位和操作方法适合患者病情及体质，患者密切合作，故收效满意。病例②辨证为心气虚型心悸，西医诊断为频发室性早搏，取穴为心经原穴神门、心包经络穴内关，毫针操作用补法。本病例的治疗特色在于遵照《灵枢・终始篇》"谷气来也徐而和"的经旨，要求所施徐疾补法，缓慢得气，针感柔和舒适而取效。

程隆光医案：所治病例辨证为心肾阳虚型心悸，西医诊断为病窦综合征。程氏认为病窦综合征是由于窦房结或周围组织的器质病变导致机能障碍，主要特征为心动过缓或过缓与过速交替出现。临床表现以脑、心、肾等脏器血供应不足症状为主，伴有头昏，乏力，失眠，记忆减退，反应迟钝等，多表现为心肾阳虚。因此治疗取穴以神门、膻中、大陵、心俞、完骨、膈俞，针刺补法以补心气心阳；神堂、志室配合艾条温灸温补心肾之阳。经针、灸并用，经脉气血得以调达，心肾阳气得以充实，脏腑气血得以旺盛，心脉得以正常运行，则冗症消失而愈。

彭静山医案：彭氏认为督脉总督一身之阳，大椎、陶道有增加强壮，兴奋督脉，并增进其功能的作用，神堂为膀胱经腧穴，在背部横对心俞，心主血脉，又主神明，

三穴合用，具有养心安神镇静之效。所治病例为心阳虚型心悸，选用神堂、大椎、陶道，针刺以旋捻补法，以补其虚，故两次收功。

王宗学医案：王氏指出惊悸之证多因素体虚弱，心虚胆怯，耳闻巨响、闻见异物、遇险临危、感受惊恐，致使心悸怔，神摇而不能自主。《素问·举痛论》云："惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣"。所治病例素体失养，气血不足，突受惊恐，惊气入胆，而致肝不藏魂，神不守舍，辨证为心胆气虚型惊悸，治疗以安神镇惊、养血宁心之法。内关、神门、心俞、肝俞以安神镇惊，调补心血；胆俞以祛怯，中脘、足三里、脾俞、气海健脾和中，培补元气。诸穴相伍，加之以补泻手法，故奏效显著。

阮少南医案：所治病例属虚实互兼之证，既有心阳不振，又有气血瘀阻，故拟补益心阳，通脉宣痹，标本兼顾之法治之。取百会、大椎为诸阳之会，针而补之，以壮复元阳；取心俞补之，以补益心阳，宣通脉络；取大陵补之以通调心气，宽胸宣痹。阮氏针刺诸穴皆用补法，但并未用逐瘀之泻法，主因血液为阴，得阳气则可循运，此病例通过补心阳、壮元阳，借以推动气血运行，寓通法于补法之中而取效。

陈大中医案：辨证为心气虚型心悸，西医诊断为心肌炎。根据患者具体情况陈氏采用五十营疗法：取中脘、太渊、足三里、公孙四穴，陈氏认为十二经脉始于太阴肺经，而肺经的循环分布，起于中焦。因此，选取六腑之会，是阳明之募中脘为第1主穴，用以升清降浊，发挥纳谷消运之功能。太渊为脉之会，手太阴之原，用以补益推动和宣肃全身之气机。足三里为四总穴之一，足阳明之合土穴，有健中化生之功。公孙为足太阴之络，八脉交会穴通冲脉，有调畅中焦运化之作用。以上四穴组合，可促进化生营养，推动气血运行于脏腑经络，旺盛新陈代谢，达到扶正祛邪的目的，操作时依次进针，达一定深度后，使用徐疾泻法，根据气血运行五十营的时间规律，计算出留针不少于29min，使用补泻兼施法后取效。

肖永俭医案：肖氏所治病例有瘀血征象，肖氏认为造成瘀血的原因在于心气虚，因此本病例为气虚血瘀之证，属本虚标实之象。针灸治疗本病恰有调和气血作用，故取膻中、巨阙、肺俞、心俞四穴。心包募膻中、心募巨阙为脏腑之气募集之处，肺俞、心俞为脏腑之气转输之处。滑伯仁《难经本义》说"阴阳经络，气相交贯，脏腑腹背，气相通应"。脏腑之气与俞募相互贯通，故俞募配合方法是调整脏腑功能的重要配穴方法，治疗时肖氏采用长针膻中透巨阙、肺俞透心俞，颇有特色，因透穴针刺涉及穴位多，远较单纯针刺一穴效果好，根据患者发病突然，较为急重的情况，按中医急则治其标的理论，采用泻法，调和气血，化瘀通络，则针到病除。

高玉春医案：高氏根据患者舌色黯红，唇色紫黯红，脉细而促等辨证为气虚血瘀型心悸，西医诊断为冠心病、心房纤颤。治疗宜强心健脾，益气活血。主穴：内关、膻中；配穴：三阴交、足三里、阴陵泉。取内关以安神定悸；膻中以调气宣痹，使胸中蕴塞之气得以宣散，气行则血行，胸闷、心悸可除；辅三阴交、足三里、阴陵泉旨在健运脾胃增强体质，使气血充盛，心脉得养，有强心健脾，益气活血之功。操作时



针用补法，针刺特点是针刺得气后，拇指轻轻向前捻转，食指后退至不能捻动后，随势向下插针，少作留针，并在出针之时再操作1次，即可出针。患者症状好转后，配合艾条轻灸阴陵泉10min，如此针灸并用，则诸症悉平。

张祥医案：所治病例辨证为木郁不达、气逆于心型心悸，病由情志所伤，怒则气上，故神志不安而心悸。张氏熟记《黄帝内经》"心者君主之官，神明出焉"之言，善解《针灸甲乙经》"心澹澹而动善惊恐，内关主之"之意，通晓《灵枢·终始篇》云："溢阴为内关，内关不通，死不治"之理，认为情志所伤，肝气郁结，阴气闭塞于内，与外阳不调，致阴气上逆而为心悸、胸闷。内关乃心包经络穴，别走少阳三焦，又为八脉交会穴之一，与阴维脉相通，具有清泄包络、疏利三焦之功，患者病发急重，单取内关一穴，重提轻插，故收宽胸理气，宁心安神之效，临床症状迅速消失。

王秀珍医案：王氏认为心肌炎是指病毒、细菌等使心肌产生急性或慢性炎症病变，引起心肌细胞的充血、水肿、出血、炎性细胞浸润等改变，从而影响心肌的正常收缩功能。王氏所治病例诊断为慢性病毒性心肌炎，中医辨证为心阳不足，心血瘀阻，其中心阳、心气不足是本，由于鼓动无力，心血不能正常运行，出现血瘀表现为标。刺血治疗旨在消除瘀血，虽属治标，但血脉通畅则有利于心阳、心气的恢复。

钟梅泉医案：钟氏认为心悸患者在胸椎1～10两侧，尤其在胸椎4～5两侧可摸到条索及压痛，膻中穴有结节、条索并有明显压痛。所治病例经辨证为气血不足型心悸，西医诊断为心动过速，选取后颈部、腰骶部、颌下部、内关、神门、足三里、心俞、大椎、中脘、阳性物处采用梅花针中等强度刺激手法，在阳性物和阳性反应区采用较重刺激手法，发作时1日可治疗2次。当病情好转后，可选取胸椎3～10两侧、腰骶部、内关、神门、心包经循行皮区、足三里、大椎、中脘、心俞、膻中进行调理，巩固疗效。

第六节　不　　寐

一、陈全新

肝郁化火，上扰心神型不寐《陈全新针灸经验集》

王某，女，49岁，1999年6月20日就诊。主诉患失眠6个月。表现为夜间入睡困难，勉强入睡后于夜间2:00时易醒。伴头昏头痛，心烦易怒，口干苦，纳少。曾服用地西泮等药物，效果不佳。舌红，苔薄黄，脉弦。证属肝郁化火，上扰心神。按上法电针印堂、神庭。再取肝经荥穴行间、胆经穴风池，得气后施平泻法，留针。耳穴用王不留行籽贴压肝、肾、心点。嘱患者全身放松，闭目养神，15min后患者安然入睡。再留针30min起针。患者醒后说："我好久未睡得如此香甜，现在精神好多了。"次日再诊，诉当晚能朦胧入睡4h，仍不能熟睡。继续原方针灸，共治6次后

每晚可睡6～8h，头昏头痛等症状消失而临床痊愈，随访6个月未见复发。

二、田从豁

(一)心肝火旺兼有瘀血型不寐(神经衰弱，安眠药药物依赖)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

张某，男性，63岁，1997年4月2日初诊，主因“失眠30余年，加重3年”前来就诊。患者1960年因精神紧张，思虑过度，出现失眠，患者诉当时约1个月未合眼，经中西医多种疗法治疗及病休等调养，病情略有好转，但此后每日需口服镇静安眠药方可入睡。近3年来病情逐渐加重，安眠药逐渐加量，至就诊时，每晚口服艾司唑仑10片，阿普唑仑10片，并且还要饮65度白酒350～400ml，酒后达醉态方可入睡，眠中常醒，醒后难以再入睡，每夜睡眠约3～4h，白昼精神萎靡，头晕头涨，目不欲睁，不善言语，性情急躁，纳呆腹胀，一日三餐依赖辛辣之品开胃，每日进食100～150g，大便干燥4～5d 1次，反应迟钝，健忘，白天依赖浓茶提神。就诊时所见：形体偏胖，面色红赤，语声洪亮，舌质偏黯，脉弦滑。诊断：中医为失眠(心肝火旺兼有瘀血型不寐)；西医为神经衰弱。治则：清热祛瘀，镇静安神。治疗：毫针刺百会、四神聪、膻中、巨阙、神门、三阴交、太冲、曲池；三棱针点刺大椎、膈俞、脾俞、肾俞后拔罐放血。隔日针刺，每周3次。疗效：初诊后，饮酒停止，睡眠状况如前。2诊后，睡眠质量提高，食欲增加。3诊后，精神好转，白天也有睡意，可以短暂午睡。4诊后，艾司唑仑、阿普唑仑各减2片。6诊后，艾司唑仑、阿普唑仑再各减2片。8诊后，以上两药再各减1片，睡眠质量好，每日可睡3～4h，每日进食8两，酒完全戒断，情绪稳定，精神佳，能主动与医者交谈。此后又坚持治疗了8次，共计16次，病情继续好转。期间曾完全停服安眠药，但效果不好，最终每日服用艾司唑仑、阿普唑仑各4片，每夜可睡约5h，茶酒完全戒断，返回家乡。

(二)心脾两虚型不寐(神经衰弱)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

刘某，女性，17岁，1998年3月31日初诊，主因“失眠”6个月前来就诊。患者正值高考前准备阶段，学习负担较重，精神紧张，6个月前开始出现睡眠困难，睡眠质量差，每夜睡眠6～7h，但精神较紧张，伴心慌，乏力，纳谷不馨，平素四末欠温，畏寒肢冷，近1年经期紊乱，有时提前，有时错后。就诊时所见：面色萎黄，口唇少华，形体消瘦，语声微低，舌体瘦，舌质淡，少苔，脉细。既往有甲状腺功能亢进病史。诊断：中医为失眠(心脾两虚)；西医为神经衰弱。治则：益气养血治疗。毫针刺大椎、膈俞、脾俞、心俞，手法轻浅，留针30min。梅花针叩刺华佗夹脊。疗效：1周后复诊，患者诉针刺当日睡眠很实，1周来睡眠明显改善，每晚睡眠时间为23:00～6:00，睡眠质量可，但仍觉白天头涨，精力不充沛，继续上法治疗。4诊后睡眠基本正常，精神佳，食欲也明显改善。共治疗4次，每次间隔时间为1周。



三、杨甲三

湿痰积滞型不寐《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

关某，男，40岁，干部，1994年5月13日初诊，自述6个月来因工作忙碌致失眠。症见失眠烦躁，入睡困难，多梦，每日仅能睡3～4h，或彻夜难眠，胸脘痞满，大便偏干，舌苔厚腻，脉数。诊断：失眠。辨证：湿痰积滞。治法：通胃腑，化痰湿。针灸处方：中脘、天枢、气海、合谷、曲池、足三里、内庭、内关。刺法：中脘、天枢、气海直刺1寸，平补平泻；合谷、曲池直刺1～2寸，用泻法；足三里、内庭直刺0.5寸，用泻法；内关直刺0.5寸。留针20min，每周2次。2诊：1994年6月16日。经1疗程治疗，烦躁大减，每日能睡5h，仍多梦。大便通畅，每日行2次，成形，腻苔稍退。上方加本神、神庭5次治疗，患者睡眠如常，胸脘痞满消失，二便正常。

四、郑魁山

(一)心肾不交型不寐《郑氏针灸全集》

雷某，男，32岁，干部，因头晕失眠、阳痿早泄2年余，1970年5月19日来院治疗。患者1967年11月开始遗精早泄，后又出现头痛、口渴、食欲减退，症状逐渐加剧，在本地医院诊断为神经衰弱，经过治疗有些好转。1968年6月身体逐渐消瘦，1969年1月又出现胸闷，心慌，失眠，健忘，耳鸣，阳痿，腰酸痛，下肢酸软无力。检查：精神不振，面黄干瘦，舌尖红、苔薄白，脉细稍数。中医辨证系肾气不足，不能上交于心；采用补肾培元，宁心安神之法治之。取风池、百会、肾俞、关元俞、神门、复溜，用补法，留针20min，针治5次时，头脑清楚，腰腿酸软减轻，则加中脘、天枢、关元、三阴交，用补法，和上穴交替使用，治疗至6月19日，针达20次时，遗精阳痿、心慌、头痛、失眠健忘等症基本消失，即回原籍恢复了工作，1971年5月30日随访完全恢复了正常。

(二)心血不足型不寐《郑氏针灸全集》

贺某，男，22岁，干部。因头痛失眠反复发作已4年，1970年11月27日初诊。患者1966年开始头痛、失眠、多梦、有时整夜不能入睡、记忆力减退。近来又出现心慌、气短、胆怯害怕、惊恐不安、经常感冒头晕、头脑闷胀、不清醒、四肢无力，症状逐渐加剧，不能工作。检查：痛苦面容，面色晦黯，无光泽，舌质淡、苔薄白，脉滑细，78/min，血压140/70mmHg(18.7/9.33kPa)，心肺(一)，腹软，肝脾未触及，腹部膻中穴处、腹部中脘穴处有明显压痛。西医诊断为神经衰弱；中医辨证系思虑过度，心血不足；采用养血宁心，健脑安神之法，取风池、百会、印堂、神门穴用补法，留针20min，每日针1次，针治3次时，头痛减轻，针治5次时，留针时能入睡，头不痛，心慌、气短减轻。治疗至12月12日，针达12次时症状基本消失，患者每夜能睡6～8h，头已不痛，饮食增加，精神恢复正常而停诊。回原籍工作。1971年4月20日



患者来信说“上班后一直很好”。

五、王品山

心肾不交型不寐(神经衰弱症)《中国当代针灸名家医案》

曾某,男,27岁,职员,1986年7月17日就诊。主诉:失眠已经3年。病史:3年前因工作劳累,精神刺激而失眠,每夜只能睡3h,头重昏沉,心烦意乱,四肢疲软无力,经中西药物治疗无效来诊。检查:面色晄白,精神萎靡,语音低弱,舌质淡,苔薄白,脉沉缓。合谷压痛反应(+),神门压痛反应(+),三阴交穴压痛反应(+),心俞压痛(+)。诊断:不寐,心肾不交型。治疗:通经导气,降火安神。取穴:心俞、合谷、神门、三阴交、太冲、肝俞(双)。操作:①心俞置皮内针;②合谷、神门、三阴交、太冲留针20min,平补平泻,10次为1个疗程。针刺1个疗程后,睡眠增至5～6h,神清,语利,食欲大增。查体,四关反应(+),肝俞反应(+),遂改置皮内针于肝俞、合谷、太冲留针。继治1个疗程,睡眠增至7～8h,生活、工作恢复正常。

六、李世珍

(一)心脾两虚型不寐《中国当代针灸名家医案》

徐某,女,41岁,1973年2月初诊。主诉:失眠2年。病史:该患者2年前因思虑操劳过度而失眠。经常入睡不安,多梦少寐,入睡迟易于惊醒。平时遇事易惊醒心悸,或看到异物易于惊悸。多疑善乱全身觉麻,筋脉时而抽动,气短头晕,腹胀,泄泻便溏,食后仍饥,喜热饮,饮食生冷易致胃痛,吐酸,后项困痛。检查:全身指陷性水肿,面色略萎黄。舌淡苔白脉象沉缓。诊断:不寐,心脾两虚型。补益心脾,养血安神。取穴:神门(双)、三阴交(双)。针补法。隔1～2d针治1次。2诊后,能熟睡,心悸,惊怕及善饥,腹中空虚减轻,手足及面部水肿稍有减轻。4诊后,仅有时傍晚惊怕,腹胀,泄泻,气短和全身水肿等症基本消失。5诊后,遇事及思考问题亦不惊怕,仍头晕。七诊后,惊怕治愈,一切症状悉愈,8～12诊巩固疗效。1973年11月患者来信告知在本科治愈。

(二)心脾两虚,心胆气虚型不寐《中国当代针灸名家医案》

张某,男,43岁,1977年1月初治。主诉:失眠3年。病史:该患者3年前因突然受惊加之平素思虑过度而失眠。每夜只睡2～3h,心悸,夜寐易于惊醒。伴有遇事易惊,气短,健忘,神疲乏力,时而饮食减少。曾在当地某医院用天王补心丹、柏子养心九、知柏地黄丸等,收效不大。检查:面色少华,舌淡苔薄,脉象细弱。诊断:不寐,心脾两虚,心胆气虚型。治疗:补益心脾,安神定志。取穴:心俞、肾俞、胆俞。操作:针补心俞(双)、脾俞(双)、胆俞(双),隔1～2d针治1次。4诊后,气短、心悸,心惊明显好转,能熟睡4～5h,不易惊醒。9诊后,不寐治愈,其他症状也基本消失。13诊痊愈。



七、李伯宁

冲跷二脉失调型不寐(神经官能症)《中国当代针灸名家医案》

程某,男,57岁,干部,1989年11月7日初诊。主诉:失眠2周。病史:该患者2周前开始入睡困难,并有早醒现象。白天软弱无力,头昏胀痛。10d前出现刚入睡,便有气逆上冲头部,令人立即从睡梦中惊醒,十分难受,致使日夜无法入睡。健康状况因此迅速变坏,精神疲乏,头昏胀,有时胸闷气紧。经服西、中药物治疗,均无好转,特来针灸治疗。检查:一般情况欠佳,慢性病容,面色带青黑。舌质淡,厚腻,中心色黑而润,脉弦缓重压无力。诊断:失眠,冲跷二脉失调型。治疗:调理跷脉,降冲安神。取穴:申脉、照海、公孙、太冲。操作:照海、申脉分别在内外踝尖下1寸取穴,针尖沿跟骨下缘刺入,进针1.2寸。得气同时补照海、泻申脉。公孙、太冲均用泻法。留针30min。治疗经过:上方治疗1次后,当晚即可入睡,气逆上冲现象明显好转,次日再针上穴,睡眠进一步好转,仅偶有气逆上冲。第3天再针上穴后,睡眠恢复正常,气逆上冲现象消失。为巩固疗效,又连续再治3次。患者未再出现失眠现象,经2个多月追踪观察,疗效稳定。

八、钟梅泉

(一)肝郁气滞,冲任失调型不寐(更年期综合征)《中国梅花针》

刘某,女,48岁,工人,1983年6月13日初诊。失眠多梦、月经不调1年余。性急易怒,头昏眼花、心悸神乏,腹胀,两胁窜痛,胃纳差,口干苦,大便干,溲黄。曾在北京几家医院检查,诊断为更年期综合征。服中西药物收效不佳。在胸椎5～10两侧有条索和压痛,平肝穴处压痛明显,腰部有泡状软性物。脉细弦,苔薄中腻,证属肝郁气滞,冲任失调,拟以疏肝解郁,安神,调理任冲为治。根据病证,选取胸椎5～10两侧、后颈部、骶部、上腹部、带脉区、平肝穴、内关、风池、三阴交、肝俞、阳性物处进治。采用梅花针治疗3次后,病情好转;治疗10次后,每晚睡觉达7～8h,情绪平稳,胃纳好转;治疗25次后,诸症基本消失。为巩固调理,按原方继续治疗10次,精神愉快,无不适感,表现如常人,停诊观察。随访3年4个月,能正常工作,疗效巩固。

(二)心脾两虚,肝失条达型不寐《中国梅花针》

张某,女,52岁,家庭主妇,病历号:253755。患者1.5年前因家人病故,精神受创伤,失眠严重,头痛、心悸、心烦,常彻夜不寐,服安眠药一晚只能睡2～3h,少食懒言,有时出现食量不能自控,便干溲黄。曾在几个医院诊治,服中西药物及针灸未收显效。检查:脸色枯黄,血压140/90mmHg(18.7/12kPa),心肺未见异常,肝脾未触及。在胸椎5～12两侧可摸到条索和压痛,小腿内侧三阴交处压痛明显。脉细稍弦,舌苔薄少津。证属心脾两虚,肝失条达。拟以养血宁神,疏肝健脾为治。



根据病证，选用胸椎5～12两侧、腰部、骶部、风池、足三里、中脘、大椎、神门、阳性物处进治。经梅花针治疗2次后，头痛消失。治疗6次后，不服安眠药睡觉达4～5h；经治10次后，精神好转，食量能自控；经治15次后睡觉达6～7h，症状基本消失。改为脊柱两侧、重点叩打腰部、骶部、后颈部、中脘、百会、内关、足三里，巩固调理1个疗程，症状消除如常人而停诊。时隔1.5年后患者带家人来医院诊病，告知未再复发，无任何不适感。

【导读】

不寐是以经常不能获得正常睡眠为特征的一类病证，主要表现为睡眠时间、深度的不足，轻者入睡困难，或寐而不酣，时寐时醒，或醒后不能再寐，重则彻夜不寐，常影响人们日常工作、生活、学习和健康。现代医学的神经官能症、更年期综合征、慢性消化不良、贫血、动脉粥样硬化症等都以不寐为主要临床表现。不寐在《黄帝内经》称为“不得卧”、“目不瞑”，认为邪气客于脏腑，卫气行于阳，不能入阴及“胃不和”可致寐寝不安。汉代张仲景《伤寒论》及《金匮要略》中提出“虚烦不得眠”的论点，至今仍有临床意义。明·戴元礼《证治要诀·虚损门》“年高人阳衰不寐”和清《冯氏锦囊·卷十二》“壮年人肾阴强盛，则睡沉熟而长，老年人阴气衰弱，则睡轻微易知”的论点，说明不寐的病因与肾阴盛衰及阳虚有关。

本节所选医案的主治医家均认为不寐每因饮食不节，情志失常，劳倦、思虑过度及病后、年迈体虚等因素，导致心神不安，神不守舍，不能由动转静而致。失眠的病因虽多，但其病机变化，总属阳盛阴衰，阴阳失交。一为阴虚不能纳阳，一为阳盛不得入于阴。其病位主要在心，与肝、脾、肾密切相关。因心主神明，神安则寐，神不安则不寐。临床上当首先辨别虚实，治疗当以补虚泻实，调整脏腑阴阳为原则。

陈全新医案：所治病例辨证为肝郁化火，上扰心神型不寐，治疗以印堂、神庭、行间、风池4穴相配。陈氏认为神庭为督脉经穴，据《针灸大成》记载“神庭主惊悸不得安寐”。印堂为经外奇穴，位置恰好在督脉上。督脉直通于脑，其支脉络肾贯心。取督脉穴既可调节督脉经气，宁神安脑，又可调节肾气肾精，使肾生之髓，源源不断上注于脑，髓海充，则元神功能易于恢复，故督脉经穴能镇静安神，操作采用电针法，此外配合耳穴用王不留行籽贴压肝、肾、心点。针治15min后患者安然入睡。治疗中陈氏十分强调精神调护作用，认为医者应在针灸的同时兼做患者思想辅导，进行适当户外运动及合理生活作息，对促进康复很有助益。

田从豁医案：所治病例①失眠已30年，于精神刺激后，肝失条达，肝气郁滞，热郁化火，火扰心神，神不守舍而致失眠。患者虽有精神萎靡，健忘等虚损表现，但仍以彻夜不眠，烦躁，面红语亮，脉弦滑为主要临床特征，故辨其病性当属实证热证。该患者另一特征是药、酒、茶、辛辣之品及安眠药产生药物依赖，依赖性之品久则蓄积于体内，入于血分，则表现戒断困难，舌质紫黯等瘀象。综合分析属心肝火旺兼



有瘀血型不寐，治疗以泻实、清热、祛瘀为法。田氏认为治疗不寐不能一味镇静，应在调和阴阳之气，重建阴阳平衡的基础上予以镇静。方中选用百会、巨阙，一督一任，一阴一阳，一上一下，以调和阴阳，顺接阴阳之气；配神庭、印堂、人中同为督脉之腧，可辅助百会调理阳气；三阴交辅助巨阙调理一身之阴气；膻中、四神聪、曲池、神门既可宁心安神，又可清降火热；太冲清泻肝经之火，背部俞穴放血既可清泻火热，又可祛瘀生新，寓一箭双雕之意。病例②患者正值高考准备阶段，精神紧张，思虑较重，脾气受损，气血化源不足，心失所养，神不守舍，睡眠质量较差。辨属虚证，病在心脾。治疗以益气养血，宁心安神为法。方中取膈俞、脾俞、心俞，并以背俞为主配大椎。以健运脾气，调养阴血，养心安神。膈俞为血之会穴，心俞主血脉，脾俞主统血，方中三穴均与阴血关系密切，以调养心血，镇静安神为该方的宗旨，大椎为手足三阳的交会穴，又是督脉之腧，既可镇静安神，又可调理阳气，与诸背俞配伍共奏调和阴阳之功。本病例还配合梅花针叩刺华佗夹脊以辅助膈俞、脾俞、心俞调和五脏，益气养血。田氏认为临床治疗虚证应以遵循取穴少，手法轻，治疗间隔时间长的原则，只要辨证准确，方法得当，同样取得满意疗效。

杨甲三医案：患者因烦劳忙于应酬，酒食内积，生痰生湿，所谓“胃不和则卧不安”，辨证为湿痰积滞型不寐，杨氏认为治疗若仅以安神之法恐难以取效，治病求本，故当以调理中焦为主，兼清心胃之热。待积滞已去，再酌配调神之穴善后。故此首先选用中脘、天枢、气海、合谷、曲池、足三里、内庭、内关，待烦躁大减，大便通畅后上方加本神、神庭等穴治疗，患者睡眠如常而告愈。

郑魁山医案：所治多为虚证，所治病例①因头晕失眠、阳痿早泄 2 年余就诊，根据脉证辨证为心肾不交型不寐，采用补肾培元、宁心安神之法治之，取风池、百会、肾俞、关元俞、神门、复溜用补法，后又加用关元、三阴交等穴治愈。病例②头痛失眠反复发作 4 年，根据脉证辨证为心血不足型不寐，郑氏采用养血宁心、健脑安神之法，取风池、百会、印堂、神门用补法治愈。

王品山医案：所治病例由于劳累，精神刺激等原因，致心肾不交，虚火上炎。辨证为心肾不交型不寐，故取心俞，与心经原穴神门相配，以调理心经经气而宁心安神，三阴交以调理脾肾肝气机而协调阴阳；合谷、太冲以泻火除虚热，经治 1 个疗程以后，症状显著好转，王氏认为患者仍在肝俞、四关处有病理反应，说明尚有气滞血行不畅，应继续在合谷、太冲、肝俞处针刺，才得康复。

李世珍医案：所治病例①系思虑劳倦，内伤心脾，心伤则阴血暗耗，神不守舍；脾伤则化源不足，营血亏虚，不能上奉于心，心神不宁而成不寐，辨证为心脾两虚型不寐。正如《景岳全书·不寐》说“无邪而不寐者，必营气之不足也，营主血，血虚则无以养心，心虚则神不守舍”。《类证治裁·不寐》亦说“思虑伤脾，脾血亏损，经年不寐”。故补手少阴心经的原穴神门，以补心宁神，针补足太阴脾经的三阴交，具有益脾养血的作用，两穴配伍，共其补益心脾，养血安神之效。病例②系素有思虑劳

倦，内伤心脾，血不养心之证候，复因突然受惊，以致心虚胆怯，心神不定，决断无权，遇事易惊，善惊易恐，夜寐不宁之不寐证候。辨证为心脾两虚，心胆气虚型不寐，李氏非常重视背俞穴的治疗作用，选用3个背俞穴配伍。心俞补心气，养心血；脾俞补脾益气，二穴具有补益心脾的作用，配加胆俞，均用补法，共奏补益心脾，安神定志之效而愈。

李伯宁医案：李氏依据《针灸甲乙经》"病目不得瞑者，卫气不得入于阴，常留于阳，留于阳则阳气满，阳气满则阳跷盛，不得入于阴，则阴气虚，故目不瞑也"的理论，认为失眠与卫气运行障碍和阴阳二跷脉的功能失调关系紧密。李氏在大量临床实践中观察到，注意调理跷脉的平衡关系，对失眠的治疗有满意效果。李氏所治病例辨证为冲跷二脉失调型不寐，治疗当调理跷脉，降冲安神。选取申脉、照海、公孙、太冲4穴相配。补照海、泻申脉，公孙、太冲均用泻法。照海、申脉是二跷脉的代表穴，是处方中主要穴位，操作时补阴跷、泻阳跷，补泻不能相反，此为取效关键。其次《素问·骨空论》指出："冲脉为病，逆气里急"，该例时感气逆冲上，并影响睡眠，实乃冲脉气逆所致，故取公孙泻之，以平上逆之气，取太冲亦在降逆、平肝、镇惊，以强化镇静、安眠之效。

钟梅泉医案：钟氏认为梅花针治疗不寐有较好疗效。所治病例①辨证为肝郁气滞，冲任失调型不寐，西医诊断为更年期综合征。钟氏认为更年期综合征患者在颈椎1～4两侧及胸椎5～12两侧有条索和压痛，腰、骶部有泡状软性物或结节，髂嵴部有条索或结节，小腿内侧有明显压痛，治疗时在阳性物及阳性反应区采取较重刺激手法，易于取得疗效。病例②患者精神受创，失眠严重，常彻夜不寐，检查在胸椎5～12两侧可摸到条索和压痛，小腿内侧三阴交处压痛明显。辨证为心脾两虚，肝失条达型失眠，治疗时重点叩打腰部、骶部、后颈部、中脘、百会、内关、足三里及阳性反应区而取效。

第七节　癫　狂

一、郑魁山

痰火扰心型癫狂《郑氏针灸全集》

1943年3月，在北平遇一刘某，男，19岁，患癫狂症已11d，其母请我到家中出诊。当时患者被锁在三间东房内，进屋后主人将我也锁在室内，我坐在中间屋内的木椅上，见北边房间里的患者，面红目赤，两眼怒视，手持一根1.5m长的铁棍(捅洋炉子用的铁捅条)，胡抡乱砸，已将室内的桌、凳、烟筒等物砸烂，只有一个1.2m来高的生铁洋炉子、一把椅子没砸坏，患者见我是个陌生人，举着铁棍向我头部打来。当时院子里看热闹的人很多，听到屋内咕咚一响，有位妇女喊道："了不得了，



疯子举铁棍打伤大夫了，快救人呀！”众人将门打开见我还坐在椅子上，疯子却躺在地上，只是呻吟，不能动转。患者的母亲问我：“这是怎么回事？”我说：“疯子举铁棍打我时，我顺手点了他一下，扎了一针。”（用点穴法点期门、白虎摇头法针合谷）。我接着说：“你们请我来，却把我同疯子锁在一起，如果我不把他制服，疯子还不把我打死吗？你将疯子的病情给我说清楚，给我道个歉，我就能给他治”。其母随即介绍了患者的病情。患者原是警察，病前有1d夜里站岗时，看见几个影，回家后他恐惧异常，过了2d就不分亲疏、见人就打。父母不得不将其锁在屋内，昼夜各派6名青年轮流看守，从窗户孔送水送饭，6d来患者将碗全部摔碎，已6天未进饮食了，但疯子的力量还很大，4d前6个青年给疯子送饭，他将碗和盘子砸碎，饭菜倒了满地，6个人也被打伤了。我即给疯子针人中，留针10min，患者稍微清醒后，摇摇晃晃地站了起来，从此就不再打人、砸东西了。但患者的父母害怕再犯病，让患者每天吃住跟我在一起，左右不离。我每天给他针百会、合谷或内关、神门或中脘、丰隆等穴，用凉泻法，以清心醒神，祛风豁痰。治疗约1个月，患者恢复了健康，后来跟我学习了针灸，1952年在北京市广安门联合诊所参加了工作。

二、肖少卿

（一）肝脾气郁，痰邪上逆型癫狂（抑郁型精神病）《古今针灸医案医话荟萃》

陈某，女，17岁，营业员，1956年4月17日初诊。自诉：本年3月下旬因工作繁重等因素引起精神沉闷不舒，致使轻度失眠，后神志失常或哭或笑，不辨人事，经某县人民医院诊断为“癔症”，内服镇静药，效果不显而来诊治。检查：体格营养中等，面部表情痴呆，或哭或笑，神志昏沉，脉滑舌苔黄腻，证属癫证。良由思虑太过，所求不遂以致肝气郁结脾气不运，津液凝聚成痰，痰邪上逆，神明失常使然，亦即《六科准绳》所谓：“癫证，俗谓之失心风，多因抑郁不遂”所致。治以开郁化痰，宁心安神为主，乃宗《席弘赋》所谓“人中治癫功最高，十三鬼穴不须饶”的明训，随取十三鬼穴即人中、上星、承浆、颊车、风府、少商、大陵、劳宫、曲池、隐白、申脉、舌下中缝，会阴（女针玉门头）；并加间使，后溪等穴，每次选用6穴，予以强刺激，留针30min，每日针刺1次。经针1次后，仍叫骂，不得眠。经针2次后，能睡眠2h，醒后精神仍然失常，但笑泣比以前减少。经针4次后，神志较清，已不哭笑，经针5次后，睡眠可达7h，神志清楚，饮食亦增。经针6次后，精神已正常，诸症消失，食欲佳，而告痊愈。

（二）肝胆火炽，痰浊交阻型癫狂（狂躁型精神病）《古今针灸医案医话荟萃》

王某，男，28岁，1969年5月16日初诊。自诉：患者于2年前因受刺激后精神失常，曾经某医学院诊治未获显效，现仍不识亲人，少卧不饥，时或喜笑好乐，妄行不休，甚则登高而歌，弃衣而走。检查：脉象弦数，舌质偏红苔黄而腻。证属狂证。由情志抑郁，肝胆火炽，痰浊交阻，扰乱神明所致。治以清热化痰，醒脑安神。针取

水沟、风府、大椎、太冲、间使、神门、中脘、丰隆。均用强刺激泻法。恼怒间作不能入寐，仍宗原法治疗。前方加四神聪、心俞、太溪。5 月 20 日 3 诊，针治 2 次后，神志渐清，狂躁已定，夜寐较酣，今日能协作，唯觉头昏神疲，胃纳呆滞，治宜疏肝和胃，宁心安神，原方去丰隆，加印堂、肝俞、胃俞。5 月 22 日 4 诊，针治 3 次后，神志清晰，睡眠甚佳，食欲亦振。上方既效，效不更方，再予进治，以巩固之，共针 4 次，而告痊愈。

三、楼百层

肝气郁滞，痰迷心窍型癫狂（精神分裂症）《古今针灸医案医话荟萃》

张某，女，34 岁，职员。一向夜寐不深，2 周前因情志不遂，精神抑郁，连续失眠，导致情绪不宁，近 4～5d 又出现表情淡漠，行动迟钝，终日呆坐，自言自语，不思饮食，不知秽洁，苔白脉滑，曾某医院诊断为精神分裂症。因服药后效果不显，故来针灸治疗。病由所求不遂思虑太过，气郁生痰，痰迷心窍所致。处方：神门（双）、间使（双）、肝俞（双）、脾俞（双）。操作：概用平补平泻手法，每次行针 1～2min。第 1 次针后，患者当夜睡眠转好，次日自言自语减少，至第 3 次针后，神志转清。以后改为隔日针治 1 次，共针 10 次而获痊愈。

四、魏　稼

肝胆火旺，蒙闭心窍型癫狂（青春型精神分裂症）《魏稼针灸经验集》

钱某，男，19 岁，学生，1978 年 11 月 18 日初诊。去年高考落榜，情绪受挫，抑郁消沉。近来彻夜不能入寐，烦躁不安，进食甚少，思维障碍，怀疑有人加害。现精神错乱，外出乱跑，赤身裸体不羞，喃喃自言自语，嬉笑怒骂无常，或怒目喧闹，放声高歌，狂乱无知，毁物打人。经某精神病医院检查诊断为青春型精神分裂症，用氯丙嗪、奋乃静、谷维素等药物治疗，住院 20 余天，神志渐清，渐趋安静，生活能自理而出院。某晚去邻里原高中同学家串门，同学之父眉飞色舞谈起其子考取上海某大学，现在很好而志得意满时，患者深感不快，回家后又出现行为乖张，当晚未眠，次日病又发作。家长带去请一老中医诊治，投药拒服，乃来求针治。诊见口苦，面色黄，舌苔黄厚而干，脉象弦数。大便 3d 未解，平时结，小便赤，不能入睡，证属肝胆火旺，蒙闭心窍，先用孙思邈十三鬼穴针治，效果不明显，改用委中、曲泽放血仍少效。参考《灵枢・癫狂》取阳明、太阴、少阳、太阳诸经法，用曲骨透中极、下关、太阳、大椎旁夹脊、印堂、天柱、鱼际等穴，以最粗医用羊肠线 2～3cm，剪置穿刺针管中，刺入以上穴位，将肠线埋入穴内。当晚渐安静不闹，昏昏欲睡，3d 后渐清醒，以后每隔 10～15d 埋线 1 次，继治 3 个月，一切正常。



五、张涛清

痰火上扰型癫狂(精神分裂症)《张涛清针灸治验选》

吴某,女,19岁。母代诉:1953年2月患抽风病,发作时牙关紧闭,四肢抽搐,昏迷不省人事,持续0.5至1h方醒,或用冰水喷其百会也可清醒过来,有时1d数发,有时数日1发。经某医院诊断为精神分裂症,在某疗养院疗养治疗,主要给巴比妥注射,治疗8个月,病情有所好转,但未能制止发作。到1954年,突然发现精神失常,狂言怒骂,大声喊叫,不识亲常,不断照镜子,扮鬼脸,有时赤身露体。检查:眼神呆钝,不能辨其语意,语无伦次,用牙不断咬指甲,面目红赤,舌质红苔黄腻,脉滑数。诊断为精神分裂症,辨为痰火上扰。取穴:人中、申脉、劳宫、巨阙、风府、照海、丰隆、太冲。开始治疗时患者意识不清,进针后施以强刺激提插手法,不留针。经4次治疗后,发病间隔时间延长,每次发作时间缩短,随后取上穴隔日针刺1次,针至20次时,再未发病,改为每隔3d针治1次,针至30次后,遂停针观察1个月。见患者仍有心烦不适感,又针5次,诸症停止,追访观察4个月未复发。

六、史正修

(一)惊恐伤胆型癫狂(妄想型精神分裂症)《中国当代针灸名家医案》

杨某,女,28岁,工人,1981年8月初诊。主诉:(陪护人员代诉)失眠,坐立不稳,胡言乱语,乱走2年余。病史:2年前,偶受惊恐患胆小害怕症,有被追捕感,惶恐不安,不思饮食。经服氯丙嗪治疗3个月,出现或歌或怒,妄言妄语,自称能做国家主席,几次去北京想进中南海。曾到沈阳站售票处购买去月球的火车票。来诊口服氯丙嗪300mg。检查:仪表整齐,怵惕惶惶,坐立不安,能正确回答问题,但否认有精神方面疾病,舌淡无华,脉缓沉细。诊断:癫狂(妄想型精神分裂症),惊恐伤胆型。治疗:温胆定魄。取穴:百会、巨阙、风池;配穴:印堂、膻中、臂中(曲泽与大陵穴间中点处)、通里、行间、筋缩。操作:毫针刺法,补法。针刺得气后行捻转补法,留针20min,中间行捻转运针1次。粗针平刺筋缩穴,留针24h。每日针治1次,20次为1疗程。按上述方法治疗11次,病情有好转。患者又因吵嘴生气,病证转为狂躁不安,冲动易怒,怒无所泄,夜不能寐,目赤,苔黄,脉弦而数。根据病情,将配穴改用立命(人中穴旁开1寸)透刺、太冲透涌泉、合谷透劳宫和风岩,行捻转提插泻法1周后,躁狂症状明显好转。按主、配穴加减针治共3个疗程,精神症状消失,恢复正常工作,随访8年未复发。

(二)肝火过旺型癫狂(精神分裂症)《中国当代针灸名家医案》

李某,男,42岁,司机,1972年8月初诊。主诉:胡言乱语,发狂,打骂人9年(爱人代诉)。病史:9年前,争吵生气后,夜间不寐,蛮横无理,冲动易怒,打人毁

物，妄闻妄言。先后3次住开原精神病院5年，多次作电休克、胰岛素休克治疗未愈，3个月前出院。目前，服氯丙嗪1 500mg/d。检查：表情紧张，两眼发直，气势汹汹，粗暴蛮横，问话迟迟不肯回答。舌质红，苔黄，脉弦而数。诊断：癫狂（精神分裂症），肝火过旺型。治疗：平肝泻火。取穴：大椎、立命（人中穴旁开1寸）、太冲、涌泉。配穴：本神、风岩、间使、支沟、合谷、劳宫。操作：立命透立命、太冲透涌泉，间使透支沟、合谷透劳宫。起针后用粗针（0.85mm）平刺大椎穴1.5寸，用胶布贴敷，留针24h。治疗时，先针大椎穴，取正坐位，用28号2寸长毫针，呈30°角向下斜刺1.5寸深，行轻捣针法，待麻感过神道穴，即出针。其余各穴针刺得气后采用捻转提插泻法。留针20～30min，并根据气至情况留针过程行手法1～2次。每日针治1次，20次为1疗程。按上述针治1个疗程（氯丙嗪照常服1 500mg/d），患者出现沉默呆滞，静而寡言，倦卧嗜睡。舌淡无华，脉沉缓。根据患者转为脾虚征象，针刺主穴未变，配穴改用中脘、足三里、三阴交，行捻转补法。同时氯丙嗪减至服1 000mg/d，第2疗程结束，氯丙嗪已递减至服200mg/d，精神症状基本消失。上述诸穴加减针刺，采用平补平泻手法，巩固治疗4个疗程，痊愈后上班工作，随访8年未复发。

七、张家声

癫证（抑郁性精神病）《中国当代针灸名家医案》

姚某，女，19岁，学生，1971年9月初诊。主诉：精神错乱，言语失常1.5年。病史：患者1972年春下放农村，引起思虑抑郁不畅，以后变沉闷、寡言、喜独处，伴有食少，纳呆，大便秘结，小便黄赤，长期失眠，有时烦躁不安。近6个月来病情加重，妄闻妄想，甚至闻不悦耳之言则惊厥，伴有四肢抽搐现象，每当遇刺激或劳累时发作仍频。经多家医院诊治，其效不显，遂求针刺。检查：形体营养尚可，面色无神、皖白，神智表现痴呆，见人不语或自言自语，答非所问，苔腻黄干，脉细数。心肺及神经系统正常。诊断：癫证（抑郁型精神病）。治疗：理气化痰，开郁宁神。取穴：鸠尾。操作：毫针刺法。患者仰卧，先叩、触肝脾等位置是否属正常，如无特殊，指导患者双手抱头（使膈肌上抬），在胸骨剑突下约5分处经消毒后取30号毫针，进针时嘱病者吸气，针尖方向略微向下，斜刺或直刺1～2.5寸，进针后针体轻转动，稍停针；如得气，可将针体上提，留针10～15min；如未得气，术者可行小幅度捻转术，待气至而留针20min。下针或行针时严禁大幅度捻转和提插。针入鸠尾，针感当向下或向两胁肋放散，有时患者可见轻松愉快之感。隔日治疗1次。经针刺1次后，回答问题比前清楚，经针刺6次后，神志清楚，答合所问，语言较清楚，饮食转佳；续针刺至15次后，精神言行正常。后随访6个月，表现正常，后参加工作。



八、王秀珍

(一)癫狂(精神分裂症)《刺血疗法》

段某,女,33岁,工人。患者3个月前因思想不愉快,开始失眠,症状逐渐加重。近2个月来昼夜不眠,乱唱乱跑,不知饥饱,裸体外走,有被害妄想,说自己被人打的。在市某专科医院检查诊断为"精神分裂症",收住院治疗2个月,症状未能控制,家属接患者来刺血治疗。检查:血压106/68mmHg,心肺正常,意识清晰,仪容不整,检查不合作,对答不切题,注意力涣散,定向力尚存。诊断:精神分裂症。治疗经过:1976年2月8日刺血治疗,取穴太阳,针刺出血后,精神稍见安静。2月11日复诊,取穴委中、曲泽,刺血后精神症状明显缓解,睡眠转好,不再乱跑乱唱,生活已能自理,知道洗头、洗衣。2月18日刺血太阳、丰隆,精神症状消失。先后刺血治疗3次,刺血治疗期间,停用一切药物。随访观察7年,未再发病,正常上班工作。

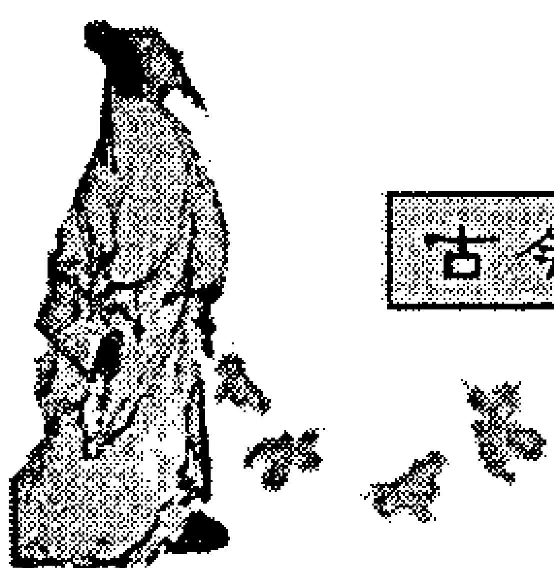
(二)癫狂(精神分裂症)《刺血疗法》

陆某,女,42岁,工人。患者6个月前因与邻居吵架,以后即发现失眠、神情呆滞。经市某专科医院检查诊断为精神分裂症,收住治疗1个多月,症状未能控制,1977年4月26日来刺血科治疗。检查:面色晦暗,情感淡漠,沉默不语,检查尚合作,问话少答,否认有病,定向力和记忆力尚可。诊断:精神分裂症。治疗经过:取穴太阳针刺出血,刺血后患者出一身汗,精神好转,睡眠仍差。5月3日复诊刺血曲泽、委中,睡眠好转,每夜能睡4～5h,情绪比前活跃。5月16日刺血腰阳关、太阳。5月30日刺血阳交。共刺血治疗4次。睡眠基本正常,对答切题,精神症状消失,上班工作。随访7年,未发病。

【导读】

癫狂为临床常见的精神失常疾病。癫证以精神抑郁,表情淡漠,沉默痴呆,语无伦次,静而多喜为特征,狂证以精神亢奋,狂躁不安,喧扰不宁,骂詈毁物,动而多怒为特征,均以青壮年患者多。因两者在临床症状上不能截然分开,又能相互转化,故以癫狂并称。现代医学精神分裂症、躁狂抑郁症属于本病范畴。癫狂证名出自《黄帝内经》,指出火邪扰心、阴阳失调、情志因素可致发病。《难经·二十难》提出"重阴者癫"、"重阳者狂",使癫与狂的病机及鉴别得以明了。金元时期《河间六书·狂越》认为:"心火旺,肾水衰"则可致狂。《丹溪心法·癫狂》认为癫狂"大率多因痰结于心胸间",与"痰"密切相关。明代王肯堂提出癫与狂之不同,给后世辨证治疗提供正确依据。清·王清任《医林改错·癫狂梦醒汤》指出"癫狂……乃气血凝滞脑气",开创从瘀治疗癫狂之先河。

本节所选医案的主治医家均认为癫狂的发生与七情内伤、饮食失节、禀赋不足



相关，损及心、脾、肝、胆、肾，导致脏腑功能失调和阴阳失于平秘，进而产生气滞、痰结、郁火、瘀血等，蒙蔽心窍或心神被扰，神明逆乱，而引起神志异常，其中癫证多以痰气致病，狂证多以痰火为患。本病特点为标实本虚，虚实夹杂。初期多以邪实为主，治当理气解郁，畅达神机，降火豁痰，化瘀通窍；后期以正虚为主，治当补益心脾，滋阴养血，调整阴阳。同时，移情易性、加强护理，不但是防病治病的需要，也是防止病情反复与发生意外不可忽视的措施。

郑魁山医案：郑氏认为《素问·至真要大论》说“温者清之”，《针灸大全》说“有热则清之”，是指病邪化热，耗伤津液，应用清法清热养阴的治疗法则。《灵枢·经脉篇》说“热则疾之”；《灵枢·九针十二原》说“刺诸热者，如以手探汤”即针刺慢进、急退，就是针灸利用经穴和操作方法，清热除烦。癫狂、脏燥等痰迷心窍、精神失常、哭笑打骂、不识亲疏时，取内关、合谷用赤凤摇头法，人中、承浆、百会、巨阙、中脘、丰隆、太冲用凉泻法，使其产生凉感，以息风降痰，清热开窍。体质虚弱、大便溏泻的虚寒证，不可用清法。所治病例辨证为痰火扰心型癫狂，郑氏采用此法，清心醒神，祛风豁痰，月余而愈。

肖少卿医案：肖氏根据《难经》提出“重阴者癫”、“重阳者狂”的理论认识和治疗癫狂。所治病例①辨证为肝脾气郁，痰邪上逆型癫狂，西医诊断为抑郁型精神病，肖氏认为证属癫证，治以开郁化痰宁心安神为主，宗《席弘赋》“人中治癫功最高，十三鬼穴不须饶”的明训，取十三鬼穴加间使、后溪等穴治疗，每次选用6穴，针刺予以强刺激，治疗后精神正常，诸症消失。“十三鬼穴”是主治癫、狂病的重要穴位，为春秋战国时期的扁鹊所创。迨至于孙思邈又在此穴的基础上更加间使、后溪，成为历代医家主治癫狂症的主要处方。其中取人中、风府、上星、后溪诸穴，以泻督脉之阳邪而醒脑清神；取手厥阴经之原穴大陵、经穴间使，以泻心包之火邪而宁心益志；取手、足阳明经之曲池、颊车，以疏导阳明之经而通腑泄热；取手、足太阴经之井穴少商、隐白，以清肺健脾而化痰浊；更取任脉之承浆、会阴，以宣通阴脉之海而滋阴降火；独取舌下中缝（舌者心之苗），以泄心经之火邪而开窍清神。如此诸穴合用，共奏开窍化风醒脑清神，宁心益志之效。故癫、狂之病取用“十三鬼穴”，辄获良效。病例②由精神受刺激之后，郁而化火，兼夹痰浊，上扰神明所致，辨证为肝胆火炽，痰浊交阻型癫狂，西医诊断为狂躁型精神病。取水沟、风府、大椎以泻督脉之阳邪而醒脑，取太冲、中脘、丰隆以疏肝和胃而化痰，配间使、神门、心俞、太溪诸穴，以交通心肾，而安神益志。上穴共用，以奏清热化痰醒脑安神之功。

楼百层医案：楼氏认为精神分裂症属“癫证”的范畴，究其发病原因，主要是由思虑太过，所求不遂，以致肝气郁滞，脾气失运，痰浊上逆，神明失常而成。所治病例辨证为肝气郁滞，痰迷心窍型癫狂，西医诊断为精神分裂症，患者虚实兼有，故用平补平泻，取肝俞、脾俞，疏肝运脾以化痰浊，神门、间使疏通心经经气，以开心窍而苏神明。



魏稼医案：魏氏在20世纪60年代曾用穴位埋线疗法治胃、十二指肠溃疡，效果颇佳。20世纪70年代赴突尼斯援外应诊，因不少患者远道就诊，无法每日接受针刺而被迫中断治疗，乃改用此法长期刺激穴位以代替针刺，曾治愈不少患者。回国后，又将此法用以治癫狂，以补针刺疗法之不足。其所治病例辨证为肝胆火旺，蒙闭心窍型癫狂，西医诊断为青春型精神分裂症，治疗穴选曲骨透中极、下关、太阳、大椎旁夹脊、印堂、天柱、鱼际等穴，以医用羊肠线2～3cm埋入穴内，魏氏不仅使用穴位埋线疗法，且多用透穴，患者当晚渐安静昏睡。以后每隔10～15d埋线1次，经治3个月，恢复正常。在医疗实践中，观察到疗效与肠线粗细有关，即用最粗之肠线，埋入皮下肌肉层，效果更佳。注意关节腔处不用，肌肉不丰处少用，个别出现排斥反应者不用。需避开大血管，并严密消毒。

张涛清医案：张氏认为精神分裂症属于中医癫狂范畴，治疗应区分癫证与狂证的不同，癫证以理气解郁，化痰开窍，补益心脾，养血安神为主；狂证以涤痰开窍，调气破血，安神定志为主。针灸治疗对本病有独特疗效，张氏根据临床自拟人中、申脉、劳宫、巨阙、风府、照海、丰隆、太冲等穴组成经验处方，治疗狂证。所治病例辨证为痰火上扰型癫狂，西医诊断为精神分裂症，使用经验方，进针后施以强刺激提插手法，不留针，逐步治愈。张氏特别提示：本病属精神意识障碍，生活往往不能自理。在针刺治疗时，应注意加强护理，避免精神刺激，劝解患者知道自己患有精神病，争取患者配合治疗十分重要。由于有癫与狂的不同，疗效和疗程上有所差异，需长时期坚持治疗及家属、患者、医生三方面的合作，症状消除后，必须观察病情动态，进行调理，巩固疗效。

史正修医案：史氏治疗癫狂习用多穴透刺法治疗属于火热实证的狂证，取得较好疗效。但史氏认为癫与狂从病机上可以虚实转化，针刺治疗癫狂，必须辨证，随证施针施术，则效果更佳。所治病例①西医诊断为妄想型精神分裂症，初病于受惊后发生癫狂，出现失眠、胆怯、善惊、妄言、妄动及舌淡、脉缓沉细等证候，辨证为惊恐伤胆型癫狂。经用针补风池、行间、筋缩，温胆疏肝，定魄解惊；百会、印堂、通里、巨阙、臂中宁神镇惊，膻中理气宽胸，治疗后病情好转。后又因吵嘴生气，转为躁狂不安，冲动易怒，目赤，舌红苔黄，脉弦数等证候，属于肝火过旺，神不守舍之实证。病证由虚转实，随即将配穴改用多穴透刺，立命透刺开窍醒脑，太冲透涌泉平肝熄风，合谷透劳宫和风岩安神定志，捻转提插泻法后，躁狂症状消失。病例②因生气后起病发狂，胡言乱语，打人毁物，苔黄脉弦而数，辨证为肝火过旺型癫狂，西医诊断为精神分裂症。史氏采用立命透立命，太冲透涌泉，间使透支沟，合谷透劳宫的多穴透刺法开窍醒神，宁心镇惊，平肝熄风，并用粗针平刺大椎穴胶布固定留针24h，患者同时服用大量氯丙嗪。针治平肝泻火后，患者出现呆滞、嗜睡、舌淡，脉沉缓等脾虚之象。辨证认为肝旺伤脾，病证由实转虚，配穴随即改用捻转补法针刺中脘、足三里、三阴交等穴以健脾和胃，扶正培元，乃痊愈。

张家声医案：所治病例由事不从愿，郁而不解，痰蒙心窍而渐为神呆如木鸡或自言自语。辨证为癫证，西医诊断为抑郁型精神病，张氏独取任脉经鸠尾一穴治疗。张氏认为鸠尾为原穴，有宁心安神，宽胸、解郁、豁痰之功，善治癫证。因癫证发病较慢，郁久伤肝，思虑伤脾。脾气郁积，痰浊内生，蒙蔽心神所致，癫证属阴，其病深日久，非深刺不能奏效。故取鸠尾，针刺深度达1～2.5寸，体格肥胖者，还可适当加深，中病得气为度。张氏临床应用此法治疗癫证，屡获良效。

王秀珍医案：王氏认为精神病属于"癫"、"狂"、"郁病"范畴，其病机为七情失调、气血瘀滞。清代医家王清任在《医林改错》中所云："癫狂一症哭笑不休，詈骂歌唱，不避亲疏，乃气血凝滞，脑气与腑气不接"，提出以活血化瘀法治疗。王氏治疗本病以刺血见长，刺血常用穴位有太阳、曲泽、尺泽、腰俞、腰阳关、委中、委阳、阳交及手背部和足背部穴位，选穴宜少而精。出血量则根据新病较重、血热、血实者出血量应多，反之则少的原则确定。刺血时，应使其自然出血、止血。治疗躁狂型精神分裂症，出血量常达100ml以上，丝虫病橡皮肿患者，阴陵泉一处穴位针刺出血可在100ml以上。当然，针刺出血量也不可过多，所取诸穴，出血量总计不超过200ml，以免发生危险。治疗时间为1～2周治疗1次，一般治疗1～3次，依据病情也可增加次数。所治病例①，②辨证为癫狂，西医诊断为精神分裂症，先后刺血委中、曲泽、太阳、丰隆、腰阳关、阳交等穴取效。王氏根据朱丹溪"血气冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉"之言，《黄帝内经》刺血治疗癫狂的记载及大量的临床观察指出，针刺放血有镇静安神作用，能行气活血，通达经络，使脑络疏通，脏腑气血和调，神明复常，对狂躁型精神分裂症、癔症、失眠等疾病均有一定疗效，其中有些病例效果较好。精神分裂症患者经过针刺放血治疗后，多数患者马上安静下来，熟睡醒来，神志清爽，病情渐渐转好，但以早期治疗效果为好，病程久者则难收佳效。

第八节　痫　　证

一、王执中

痫证《古代针灸医案释按》

有人患痫疾，发则僵扑在地，久之方苏。予意其用心所致，为灸百会又疑是痰厥致僵仆，为灸中管(中脘)，其疾稍减，未除根也。后阅脉诀后，通真子有爱养小儿谨护风池之说。人来觅灸痫疾，必为之按风池穴，皆应手酸疼，使灸之而愈。

二、窦　材

痫证《古代针灸医案释按》

一人病痫3年余，灸中脘50壮。即愈。一妇人病痫已10年，亦灸中脘50壮，



愈。凡人有此疾，唯灸法取效最速，药不及也。

三、田从豁

气虚痰瘀型痫证(癫痫)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

张某，男，36岁，1997年8月4日初诊。主诉：阵发性抽搐已有3年。病史：患者3年前曾因车祸撞伤头部，后出现阵发性抽搐，发作时意识不清，数分钟后自行缓解，1～2月发作1次，曾经中西医治疗效果不显，近日发作较前频繁，3周发作1次，伴头晕、乏力、气短。舌淡有齿痕，脉滑无力，曾住西医医院就诊，诊为癫痫。辨证：患者外伤后局部气血瘀滞，扰乱神明发为癫痫，久则气血亏损，痰瘀互结。诊断：中医为痫证(气虚痰瘀)；西医为癫痫。治则：益气化痰行瘀。处方：大椎、合谷、中脘、劳宫、长强、百会、腰奇、肓俞、关元。治疗经过：患者经20余次治疗，发作时症状明显减轻，经治2个月只发作1次，全身症状改善明显，头晕、乏力、气短诸症皆缓解。

四、郑魁山

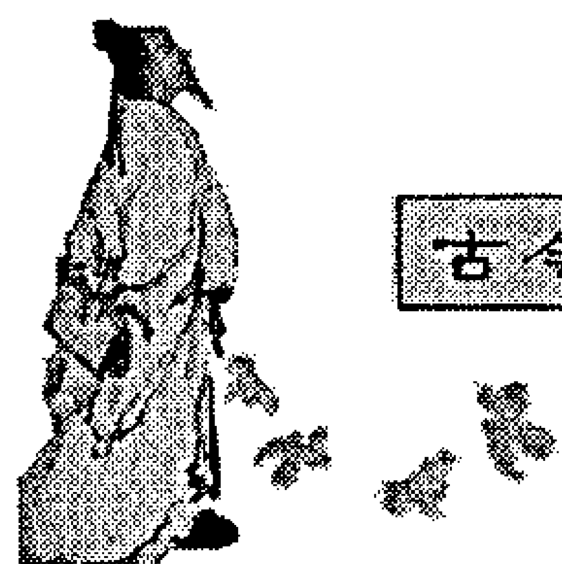
惊恐伤肾，痰涎上逆型痫证(癫痫)《郑氏针灸全集》

李某，女，20岁，职工，因经常昏倒抽搐3年，1970年5月15日初诊。患者1967～1968年之间，因看到其父被打，惊倒跌伤。后常发病抽搐，一个月1～2次，有时大发作或小发作，大发作时，突然昏倒，全身抽搐，四肢肌肉僵直，阵发性抽搐，面色发绀，两目上视，喉中痰鸣，口吐白沫，小便失禁，3～8min后抽搐缓解，昏睡10～30min逐渐清醒，醒后头昏，全身不适，对发作情形毫无所知；小发作时则突然倒地、面色苍白，手足轻微抽动几次约1min即恢复正常。检查：面色苍白，舌质黯红，有瘀斑，苔白腻，脉滑。西医诊断为癫痫；中医辨证系惊恐伤肾，情志久郁，痰涎上逆，清窍被蒙；采用熄风化痰，柔肝益肾，开窍醒神之法治之。取百会、肝俞、腰俞透腰阳关、中脘、丰隆，用平补平泻法，留针20min，肾俞用补法，留针20min。每周针治3次，治疗至6月15日，针达12次时，未发病；治疗至8月20日，针达36次时，连续3个月未发病，停诊。经1972年4月15日随访，已上班工作2年，未复发。

五、杨甲三

(一)痰气郁结型痫证(癫痫)《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

刘某，女，20岁，学生，1996年3月29日初诊。患者5年前因夜出受惊，后精神不振，10余天后行走时突然昏倒在地，不省人事，四肢抽搐，口吐白沫，牙关紧闭，口中发出低怯鸣叫声，3～5min后苏醒，醒后头目昏沉，乏力。此后每6个月发作1次。近2年来发作日益频繁，或10余天1次，或3～5d 1次，经服用苯巴比妥、



苯妥英普钠等疗效不显著，前来针灸治疗。胸中满闷，纳呆，月经前后不定，面色皖白，神疲乏力，二便尚调，舌淡苔白腻，脉滑。诊断：痫证。辨证：痰气郁结。治法：安神通督，理气化痰。针灸处方：大椎、身柱、本神、神庭、四神聪、中脘、天枢、气海、申脉、三阴交、足三里；刺法：大椎、身柱速刺不留针用泻法；本神、神庭、四神聪斜刺用泻法；中脘、天枢、气海平补平泻；补足三里，泻申脉。留针 20～30min，每周 2 次。1996 年 4 月 3 日 2 诊，经 2 次治疗，近几日未发作，胸脘满闷较前缓解减轻，食欲见增，精神亦有改善，眠差，舌苔变薄，脉滑。继上法治疗。1996 年 6 月 10 日 3 诊，经 2 个月时间治疗，发作频率明显减少，治疗期间共发作 2 次，睡眠安香，纳食大增，舌苔变薄，脉仍见滑。上方去本神、神庭、四神聪、申脉，加外关、足临泣。改每周 1 次。至 1996 年 10 月，经 6 个月调治，患者未见发作，月经亦调，脉症俱平。后随访 2 年未见复发。

(二)风痰阻络，蒙蔽清窍型痫证(癫痫小发作和局限运动性发作)《中国百年百名中医临床家丛书・杨甲三》

魏某，女，12 岁，1992 年 9 月 28 日初诊。突发性失神及左侧肢体抽搐反复发作已 6 年。患者 6 岁时无明显原因出现左侧口角和手足抽动，失神，持续短暂，数分钟后停止，反复发作多次，到某医院就诊，脑电图提示“重度异常”，符合癫痫之脑电图特征，诊为癫痫，遂口服苯巴比妥和中药治疗，效不显。曾查头颅 CT 未发现异常。核磁共振成像提示，左侧枕顶部灰白质分布不均。坚持口服苯巴比妥治疗 6 个月，后因效果欠佳而改用痛可灵，但仍无明显效果。经人介绍来我院治疗。刻下症见表情淡漠，双目无神，性情急躁易怒，平素每日至少有 1 次癫痫发作，情绪不好时每日发作可达 5～6 次，以失神为主，表现为突然发生和突然休止的意识丧失，双目凝视，茫然若失，呼之不应，一次可持续数秒，而后意识立即恢复正常，对发作无记忆，仍可继续原来的动作语言，或偶有左侧肢体抽动，意识清醒，一般在几分钟内恢复正常。纳食不香，睡梦咬牙，大便干如羊屎状，3～4d 1 次，小便调。舌质红，苔黄微腻，脉弦滑。患者于出生时曾有窒息。诊断：中医为痫证(风痰阻络，蒙蔽清窍)；西医为癫痫(小发作和局限运动性发作)。治法：熄风化痰，开窍醒神，安神定志。针灸处方：外关、足临泣、风池、大椎、本神、神庭、四神聪、天枢、中脘、气海。刺法：外关穴先刺至肌肉浅层行平补平泻，以理气，而后透至内关用泻法，中等强度刺激；足临泣直刺 0.5 寸，泻法，中等强度刺激；风池穴取向鼻尖方向刺 0.5～0.8 寸；大椎直刺 0.5～0.8 寸；风池、大椎均用泻法，中等强度刺激，不留针(可在余穴起针后刺)；本神、神庭、四神聪平刺 0.1～0.3 寸至皮下，中等强度刺激，平补平泻；天枢直刺 0.8～1.2 寸，中等强度刺激，泻法；中脘直刺 0.8～1.2 寸，气海直刺 0.8～1.2 寸，两穴均为平补平泻，中等强度刺激。方义：外关为手少阳三焦经之络穴，手少阳主气所生病，功可理气化痰，深刺至手厥阴心包经之内关穴时，亦可治神志病，足临泣可疏肝利胆，调节情志，二穴相配疏肝理气，熄风化痰；风池为足少阳胆经经穴，



为治风要穴；大椎属督脉，为诸阳之会，督脉直接入脑，故可宣通阳气，定志安神；本神为足少阳、阳维之会，广泛治疗各种神志病，少阳经风、火、痰所致之神志病变均可用之，神庭为足太阳、督脉之会，治疗神志病变效果颇佳，二穴相配，安神定志熄风；脾为生痰之源，脾、胃相互表里，而足阳明胃经上头面，故取胃募中脘，治胃必通肠，故取大肠募穴天枢，化痰必理气，故取诸气之海气海，四穴合称四门，功可化痰理气，健脾和胃，起到"心胃同治"之效。依上法隔日治疗1次，每次留针30min，直到1992年10月8日一直未犯癫痫。10月9日患者在外候诊时，突发口角及左侧手足抽搐，但意识清楚。急将患儿抬至床上，用指压人中、合谷、太冲、后溪、申脉等穴，10min后缓解，令其休息片刻后仍按前法治疗，病情又归于平稳。一直至10月6日因情绪欠佳，在吃午饭时又失神发作1次，这之后至今尚未再次发作。患者于1993年1月7日复查脑电图，与1992年9月25日的脑电图比较，有明显好转。患者精神状态转佳，双目有神，情绪也不似从前暴躁，身体逐渐健壮，饮食睡眠转佳，从1993年3月29日开始，逐渐减少痫可灵用量，希望能完全停用抗癫痫药物，靠针刺治疗来控制癫痫的发作。

六、师怀堂

风痰上蒙心窍型痫证（癫痫）《中国当代针灸名家医案》

王某，女，12岁，学生，1987年4月12日初诊。主诉：发作性抽风3年。病史：家人述3年前突然抽风，两眼瞪视，手中持物摔地，家人问话不答。历时约2min后恢复常态。过后自己不清楚所发病，以后4～5个月发作1次，病情渐见加重。发作时常昏仆在地，口吐白沫，两眼上翻，牙关紧闭，呼之不应，小便失禁。经山西医学院诊为癫痫，服苯妥英钠、维生素B_1、C等，病情未能控制。近来发作间歇缩短，次数增多，发作过后困乏欲寐，精神不振。检查：神清，发育中等，心肺正常。舌质淡，脉弦细。脑电图提示大脑轻至中度异常。诊断：痫证（癫痫），风痰上蒙心窍型。治疗：熄风定痫，豁痰开窍。取穴：风府、鸠尾、丰隆、中脘、照海、大椎、百会。操作：先以梅花针刺大椎穴，风府使有放电感传至头部或下肢，不留针，用泻法，然后用锋钩针割百会、鸠尾、中脘、丰隆、照海，取穴2～3针。以上方法，隔日1次。初诊：针后自觉头脑思维灵活，浑身轻松，未有抽风痉挛发作。2诊：针后2d发作1次，发作程度较针前减轻。针后无不良感觉，未发作。经针治14次，病情控制，再未发作。6个月后患儿又因患膝关节痛来我处针灸，问及痫证，再未发作。随访至今情况良好。

七、赵 兰

阴阳失调型痫证（癫痫）《中国当代针灸名家医案》

刘某，男，18岁，学生，1972年3月14日初诊。主诉：3个月来频繁抽搐、间歇



发作数次。病史：患者1年来经常头痛，但不重，未加治疗。3个月前无诱因，夜间突然抽搐、痉挛大发作、神志不清、口吐白沫，约2min缓解后深睡，醒后如常人。自此后每月发作1次，但近1个月来，越来越频繁，甚至白天也大发作。既往无脑病、囊虫病史。检查：神志清楚，五官端正，神经系统无异常体征。苔白，脉弦。脑电图有典型棘波。诊断：癫痫，阴阳失调型。治疗：理督任、调阴阳。取穴：①组为大椎、腰奇（第2骶椎棘突下）；②组为陶道、癫痫（大椎与尾骨端连线中点，相当于第11胸椎棘突下）；③组为命门、利脊（第2胸椎棘突下）。操作：埋线操作方法，3组穴轮换交替选用，每月1次，3次后改为隔2～3月1次。自埋线1次后，即停止发作，先后共埋线10次而愈，随访10余年，均未复发。

八、葛书翰

痫证（癫痫）《中国当代针灸名家医案》

张某，女，17岁，学生，1979年9月28日初诊。主诉：阵发性突然昏倒并四肢抽搐1年余。病史：患者1978年6月偶因惊吓，突然抽搐，以后几乎月月抽搐，抽搐发作时人事不醒，面色苍白，口吐白沫，四肢发紧，抽搐后感头痛乏力，无尿便失禁，无咬破舌史。每次发作约1～2min后自行缓解。近2个月来，约2周发作1次。到医院做脑电图检查为不正常脑电图。内科检查未见异常，无眼颤，深浅反射存在，未引出病理反射。诊为癫痫。曾口服苯妥英钠3个月，服药期间只发作1次，但因记忆力明显减退，头昏，不能坚持上课，遂停药而来针灸治疗。检查：舌质淡红，苔薄腻，脉弦滑。诊断：癫痫。治疗：平肝熄风化痰开窍。取穴：大椎、腰奇。操作：大椎穴用26号1.5寸毫针，进针约1寸左右，待有触电样针感传至肢体时立即出针，不留针；腰奇穴用26号2寸毫针，沿皮向上刺入1.5寸左右，局部有酸胀感时，提插2～3次后出针，不留针。隔日1次，2周为1疗程。共针6个疗程，针刺期间未见抽搐发作。随访6个月无发作，一直坚持上课。

九、钟梅泉

心肾两虚型痫证（癫痫）《中国梅花针》

李某，男，4岁，1970年5月16日初诊。癫痫发作2年，近1月来加重（家长代诉）。患孩2岁时，感冒发高热后，引起抽风，热退后仍不时发作，约每周发作1次，1年后每日均要发作，近月来发作频繁，每日发作2～3次。发作时突然昏倒，不省人事，口吐白沫，四肢抽搐，两目上视，牙关紧闭，有时小便失禁，约历30min苏醒，醒后不知发病情况。曾在北京几家医院检查，诊断为癫痫。服苯妥英钠开始能收效，随后服原药则无效，曾服中药亦未收效。夜寐不安，精神欠佳，胃纳尚可，脸色㿠白无华。在胸椎5～10两侧有条索并有压痛，腰、骶部可摸到泡状软性物。脉细小数，苔薄质淡。证属心肾两虚，拟以养心补肾、镇惊止抽为治。根据病证，选用胸



椎5～8两侧、腰部、骶部、神门、曲池、百会、心俞、肾俞、关元、阳性物处进治。采用梅花针治疗4次后，发作次数减少，1d只发作1次；治疗15次后，2周才发作1次，发作时抽搐时间缩短；经治28次后，未再发作，其他症状消失。按原方继续巩固调治1疗程(15次)而停诊。随访观察3年10个月疗效巩固，癫痫未再复发。

【导读】

痫病是一种反复发作性神志异常的病证，现称"癫病"，俗称"羊痫风"。临床以突然意识丧失，甚则仆倒，不省人事，强直抽搐，口吐涎沫，两目上视或口中怪叫，移时苏醒，一如常人为特征。发作前可伴眩晕、胸闷等先兆，发作后常有疲倦乏力等症状。现代西医的癫痫，无论原发性或继发性均属本病范畴。痫病记载首见于《黄帝内经》，称为"胎病"、"颠疾"，指出发病与先天因素有关。巢元方在《诸病源候论》中不仅对本病临床表现有确切的描述，还论述了不同病因所引起的痫病。宋金时代，陈无择《三因极一病证方论》指出多种因素导致脏气不平，阴阳失调，神乱而致病。朱丹溪《丹溪心法·痫》"无非痰涎壅塞，迷闷孔窍"，强调病由痰迷心窍引发。清·王清任认为痫病的发生与元气虚，"不能上转入脑髓"，与脑髓瘀血有关。

本节所选医案的主治医家均认为痫病的发生，大多由于七情失调，先天因素，脑部外伤，饮食不节，劳累过度，或患他病之后，造成脏腑失调，痰浊阻滞，气机逆乱，风阳内动所致，而尤以痰邪作祟最为重要。宜分标本虚实。频繁发作，以治标为主，着重清泻肝火，豁痰熄风，开窍定痫；平时则补虚以治其本，宜益气养血，健脾化痰，滋补肝肾，宁心安神。

王执中医案：王氏所治病例为痫证，患者痫稍减而未除根，是以百会有安神之功而熄风之力犹嫌不足，而中脘(中管即中脘穴)虽能治痫证而平肝之力则觉稍逊之故也。惟风池乃风邪蓄积之所，善熄内外之风，所以是治痫要穴。

窦材医案：窦氏认为痫证有因痰气郁结而起者，有因肝风内动以成者。因肝风内动以成者，当刺风池，风熄而痫证自平；因痰气郁结而起者，必灸中脘，胃气行则痰易消也。《医学纲目》云："癫痫者，痰邪逆上也，痰邪逆上，则头中气乱，头中气乱，则脉道闭塞，孔窍不通，故耳不闻声，目不识人，而昏眩倒仆也。"然痰邪逆上，缘由中气亏损，肝风扇动，当责肝肾不足。中脘内应胃府，为中气之所在。灸之能鼓舞中气，中气振则痰消气顺，肝风不致相煽，而痫自定矣，王执中医案灸中脘疾未除根，本案灸中脘病即痊愈，以证虽同而成因有异也，不可不知。

田从豁医案：田氏认为癫痫一证，确属顽疾，宜图缓治，切莫贪功，标本兼治方可收功。所治病例辨证为气虚痰瘀型痫证，西医诊断为癫痫。患者由内伤而致气血瘀滞，痰瘀互结，久则耗损正气而致标本俱重，故治疗时一以大椎、中脘、腰奇、劳宫、长强、百会化痰行瘀，醒神开窍；一以肓俞、合谷、关元培补正气，使正胜邪退。

郑魁山医案：郑氏认为针灸治疗癫痫、历史悠久，经验丰富，对某些病例疗效较好，应以辨证论治方能取得较好的疗效，选取穴位不宜过多，手法不宜过重。所治

病例中医辨证为惊恐伤肾，痰涎上逆型痫证，西医诊断为癫痫。选取百会、肝俞、腰俞透腰阳关、中脘、丰隆、肾俞等穴治疗。郑氏主张治疗痫证发作时针人中、百会、合谷、行间用泻法不留针，以熄风醒神；发作后针肝俞、心俞、巨阙、中脘、丰隆、涌泉用平补平泻，以熄风化痰，柔肝益肾。

杨甲三医案：杨氏认为癫痫由于发病急、时间短，门诊较少遇到，一旦遇到可针刺或指压人中、涌泉、合谷、太冲、后溪、申脉等穴开窍醒神，熄风止痉。平时的治疗应从风痰立论，以熄风化痰、安神定志为法。对于癫痫的治疗，则强调发作时用后溪、申脉，平时应用外关、足临泣，四穴相配与癫痫风痰之病机相符，乃治本之法。杨氏在多年的治疗中积累了独特经验，主要选用头三神和四门。头三神为本神、神庭、四神聪的合称，定志安神；四门是中脘、天枢、气海的合称，化痰理气，健脾和胃，起到"心胃同治"之效。杨氏指出，癫痫属于顽疾，难以根除，多年未发作并非说明癫痫病已经根治，需要特别注意坚持治疗。对原来服用抗痫药不可骤停，减药时间不可过短，且越到最后减得宜越慢，需经过 1 年以上的减量过程最后停药。所治病例①患者因受惊气机逆乱诱发，痰气郁阻中焦，升降失常，运化失司，痰气走窜经络，蒙闭清窍，辨证为痰气郁结型痫证，西医诊断为癫痫，治疗以安神通督治其标，穴取大椎、身柱、头三神、四门、三阴交、足三里等理气化痰解郁治其本。频发期配后溪、申脉加强通督之功，稳定期以调理气机为务，故用外关、足临泣调畅阳分气机。病例②辨证为风痰阻络，蒙蔽清窍型痫证，西医诊断为癫痫小发作和局限运动性发作。杨氏采用头三神、四门、外关透内关、大椎、风池用泻法后，逐渐减少抗癫痫药物用量，依靠针刺控制癫痫发作。

师怀堂医案：师氏认为针灸治疗癫痫，只要辨治得当，特别在治疗中配合采用锋钩针治疗，效果较为理想。锋钩针为"新九针"针具之一。锋钩针长约 4 寸，针体中间较粗，两端渐细，针头钩回，钩尖锋利，三面有刃；针体两端之勾尖，大小略异，以备临床根据不同部位及病情选择使用。操作时既可用于刺脉络、放瘀血又可用于割断皮下一些脂肪及肌纤维，疏局部之壅滞。所治病例辨证为风痰上蒙心窍型痫证，西医诊断为癫痫。取大椎、风府、鸠尾为主穴，意在大椎穴位于督脉，经气走行可通于脑，其功用为清脑宁神，熄风定痫，风府之功在于祛风邪，通窍络，清神泻火，鸠尾可宁心豁痰开胸。三穴合用或交替使用均可治疗癫痫。百会穴位于头顶部，可升阳固脱，平肝熄风，开窍宁神；中脘为胃之募穴，可理中和胃，化湿消滞；丰隆为足阳明胃经之络穴，功用在化痰湿，宁神志。师氏在辨证取穴的基础上配合施用梅花针、锋勾针、毫针，则针穴相应，针到病除。

赵兰医案：赵氏指出癫痫病因，多由肝肾不足，本元亏损，以致肝风扇动，痰涎上逆，清窍蒙蔽，经气紊乱而致。治疗多取督、任、心、肝经脉的腧穴，如大椎、风府、神门、三阴交、足三里、太溪、百会、丰隆、鸠尾等。但赵氏并没有拘泥于以上观点，而是根据"脑为髓之海"和"脑为元神之府"、"督脉为阳脉之总督"及"督脉，具有总



督、统率全身阳气的作用”之说。又根据督脉“起于下极之俞，并于脊里，上至风府，入属于脑”的经络理论，从调理督脉入手，疏通督脉气血，使阴阳平衡，痫定神明。所治病例辨证为阴阳失调型痫证，西医诊断为癫痫，取大椎、腰奇、陶道、癫痫、命门、利脊等全部督脉循行线上腧穴，采用埋线方法治疗而取效。

葛书翰医案：葛氏认为痫证主要为风动痰涌，阴阳逆乱，痰阻清窍所致。所治病例以大椎、腰奇为主，腰奇经外奇穴，是古人治疗癫痫的经验穴，大椎穴位于督脉，出于督脉分布于脑脊部位，又与足厥阴肝经交会于头，督脉是人体诸阳总汇，能激发督脉的经气，调整和振奋全身的阳气，以清泄风阳，醒脑宁神。

钟梅泉医案：钟氏认为痫证可在胸椎5～12两侧有条索及压痛，腰部、骶部有泡状软性物，风池穴、三阴交穴压痛明显，足心涌泉穴处有结节。发作时应以开窍醒脑、平肝熄风为治；间歇期，久病正虚者，宜标本兼治，以养心、补肾、健脾兼化痰为治。平时治疗采用中等强度刺激手法，发作时则用较重刺激，在阳性物及阳性反应区均采取较重刺激。梅花针对本病有一定疗效，治疗时间较长，一般都能减少发作次数，缩短发作时间。钟氏所治病例辨证为心肾两虚型痫证，西医诊断为癫痫，采用梅花针治疗取效。

第九节 痴 呆

一、陈全新

脾肾亏虚，血瘀气滞型痴呆（血管性痴呆）《陈全新针灸经验集》

张某，女，58岁，退休护士，2002年8月26日初诊。代诉：缄默、健忘6个月余。病史：于1年前出现腹痛泄泻，经治疗1个月后症状消失，体重减轻4kg，但家人发现患者逐渐变得沉默寡言，记忆力差，对亲人渐淡漠，不关心，睡眠差，偶有外出不识回家，于6个月前经过头颅MRI检查，发现大脑多发性脑梗死，脑萎缩，血糖正常。服都可喜等治疗未效，而来针灸科治疗。无高血压病、精神病史、未服镇静剂，不饮酒。检查：神志清醒，表情淡漠，反应迟钝，计算力差，3次未能准确计算100－7的结果，不知所处何地，只记得家住某一街道，不知具体门牌号码。四肢活动自如，但动作缓慢，难于胜任家务劳动，不能阅读，胃纳少，大便溏，小便多，睡眠差，畏冷，舌淡，苔白，脉细。诊断：中医为呆证（脾肾亏虚、血瘀气滞）。西医为血管性痴呆。治法：滋补脾肾，行气活血。取穴：内关、足三里、百会。配穴：三阴交、肾俞、印堂。操作：内关直刺，平补平泻，重在调理气机，足三里补法，百会顺督脉方向进针，与印堂连通，接电针仪，选连续波，通电30min。三阴交、肾俞补法。第一次针灸治疗时，情绪紧张、惊恐、不能配合，需要她的先生在旁边安抚。2诊：患者先生诉说症状改善不明显，夜间睡眠较前好，余症同前。本症病程较长，难于一次见

效，仍然遵前法，并加耳针治疗，取神门、心、肾、脾，以磁珠贴，胶布固定。每次贴压3天。5诊：睡眠好转，偶有主动言语，但未能与人正常交谈，表情淡漠，四肢厥冷，胃纳一般，舌淡黯，脉细。脾肾亏虚，血滞，加风池、温针灸足三里。按此方法，连续治疗5d。10诊：睡眠好，胃纳改善，表情较兴奋，偶有与家人交谈，但只能涉及非常简单内容，记忆力差，计算力差。舌淡红，苔白，脉细。取四神聪，内关、足三里、三阴交、风池，配合丹参注射液2ml穴位注射双侧肾俞、心俞交替。20诊：按前方法治疗20次后，记忆力增强、稍能阅读报纸，能与家人谈论简单事情，计算力渐见好转，定向力也见改善，能记得家庭地址，外出能独立回家。按此方法，每2天治疗1次，巩固治疗。3个月后终止治疗，观察1年余，病情稳定。

二、秦德全

高热灼阴，精血不足型痴呆（中毒性脑病后遗症）《古今针灸医案医话荟萃》

黄某，男，3岁，住宿县城西公社，1976年12月28日初诊。现病史（其母代诉）：患儿于3个月前因罹患中毒性脑病及败血症在宿县某医院诊治。出院后仍遗有左半身瘫痪，双目失明，聋哑痴呆等症状。体检发育营养欠佳，神情痴呆，聋哑，左上肢肌力0～1级，下肢肌力1～2级，左巴宾斯基征（+），心肺未见明显异常，肝肋缘下2cm，剑突下2.5cm，质软，脾未扪及。眼科检查，双眼球活动受限，巩膜（—），前房（—），瞳孔等大，直径4mm，直间接对光反应迟钝，晶体、玻璃体清晰；眼底视盘色泽苍白，边缘清楚，生理凹陷存在，视网膜动脉血管变细，未见渗出及出血，黄斑区中心反光隐约可见。诊断：视神经萎缩。根据病情治疗上分3个阶段逐步进行，第1阶段以治疗视神经萎缩为主兼治聋哑；第2阶段主治聋哑兼疗偏瘫；第3阶段治疗偏瘫。经云："肝受血而能视"，"骨之精为瞳子"，又云："目者，五脏六腑之精也……神气之所生也"。患儿由于长期高热灼伤肝肾之阴致使津液亏损，故目不能视物，治以滋肾水养肝血。分3组治之：1组为肝俞、肾俞、阴谷（均补）；2组为球后（弱刺）、睛明（弱刺）、曲泉（补）；3组为目窗、光明（均泻）。3组交替针刺，逐日1次，每10次为1个疗程，休息3d。2个疗程后因天寒停针。1977年3月继续治疗，至5月患儿视力明显好转。加瞳子髎、阳白，8月患儿已能视物。眼科复查：双眼球活动自如，巩膜（—）、前房（—）、瞳孔等大等圆，间接对光反应灵敏，晶体、玻璃体清晰；眼底：双眼视盘色泽略淡、境界清晰，生理凹陷存在未见扩大，视网膜动脉、静脉无异常改变，未见渗出及出血，黄斑区中心反射存在。8月中旬开始第2阶段治疗。聋哑为阴液涸竭，气机失调，太阳、少阳风热闭阻使然。"心者神之舍"，所以我们采取清营凉血、熄风和营，调三焦气机，清肝胆邪火为主。取穴：①组为耳门（泻）、听宫（泻）、太溪（补）、临泣（泻）；②组为听会（泻）、廉泉（平补平泻）、翳风（泻）、复溜（补）、天井（泻）；③组为翳风（泻）、风池（泻）、哑门（弱刺）、神门（泻）、百会（平补平泻）、大陵（泻）。经4个月治疗患儿神志清爽，已无痴呆之态。经五官科



检查，听觉正常，舌运转灵活，能说简单的词汇，嘱其家属多对其作语言训练。1978年3月开始治疗偏瘫，考虑患儿久病气血亏损，仿治痿之法。取穴：曲池（平补平泻）、外关（泻）、足三里（平补平泻）、阳陵泉（泻）、曲泉（补）、阴谷（补）。先刺健侧，后刺患侧，15d为1个疗程。经3个疗程的治疗，患侧肌肉逐渐丰满，已经能独立行走，上肢活动灵活，惟握力稍差于健侧。停止针刺治疗。嘱其家长辅助其锻炼，随访2年，患儿发育良好。视力：右0.6，左0.6，一切活动均正常。

三、程隆光

先天禀赋不足型痴呆（智能发育不全、精神幼稚症）《中国当代针灸名家医案》

刘某，男，12岁，学生，1987年7月2日初诊。主诉（家人代诉）：痴呆12年。病史：患者其母妊娠期间曾接触放射性物质。患儿足月产，体重2kg，哺母乳，婴幼期常躁动，抬头、凝视、出牙、坐、爬、立、行、说话等均迟于同龄儿，3岁尚行步蹒跚。曾去京、津、沪、西安等地治疗，诊断为智能发育不全、精神幼稚症。经用多种氨基酸、维生素、三磷腺苷、苯丙酸诺龙等合成激素、狗脑注射及内服中药治疗未效，前来求治于针灸。现患儿智能低下，情绪常变幻莫测，性情固执，易怒，终日忙碌奔走，用齿咬手指，挖破皮肤，毁损物品等破坏冲动行为。不知饥饱，不能逃避和防御危险，不能自行进食和大小便，阵发夜间不寐，流涎，记忆、注意、理解和判断能力均差。消化不良，体弱易感冒。检查：发育较同龄儿差，营养欠佳，身高119cm，体重19.5kg，发细疏，面无华，表情呆痴，弄舌，形体羸瘦，舌不会上卷，吐字不清，语汇贫乏，表达力差，低头弯腰屈肘猿猴步态，上楼须攀扶，运动协调性差，双手不能完成扣扭系鞋带等技巧动作。舌淡苔薄，脉细。诊断：痴呆（智能发育不全），先天禀赋不足型。治疗：补肾通经，健运脾胃。取穴：神门、足三里、太溪、肾俞、关元、悬钟；配穴：脾俞、膈俞、膻中、三阴交、公孙、中脘、大椎、次髎、涌泉。操作：补法，留针40min，温灸涌泉、次髎20min，每日针灸1次，15次为1疗程，疗程间休息10d。同时配合对患儿进行语言、生活、知识等教育训练。历时8个月共针灸135次停诊时，患儿身高132cm，体重31.2kg，饮食、睡眠正常，生活自理，情绪安定，反应迟慢，运动协调，步态正常，简短语言清晰，能认会写100多单字，学会两位数加减运算。体力、智能低于同龄儿，愿同8、9岁儿童玩耍。2年后随访，发育、营养接近正常龄儿，语言流畅，能适应环境独立生活，起居如常人。已上小学3年级，学习成绩及格，记忆、理解和判断能力接近正常，智力稍低于同龄儿，性情固执，其他无异常。

四、王秀珍

（一）痰瘀互结型痴呆（乙脑后遗症）《刺血疗法》

韩某，男，3岁，住安徽省合肥洪岗机械厂。患儿1975年7月12日，突然发生高热、昏迷，抽搐。住省某医院传染科，诊断为乙型脑炎。经治疗后急性症状缓解，



遗有呆、哑、瘫严重后遗症。出院1个月后，来刺血科治疗。检查：表情痴呆，营养发育较差，失语，进食不知吞咽，喉中痰鸣，左下肢瘫软无力，肌张力降低，双肘呈45°屈曲状，十指呈爪形，伸屈不能，颈软向后仰。诊断为乙脑后遗症。治疗经过：取穴太阳、曲泽、太冲、解溪；针刺出血3天后能讲话。一周后睡眠安静，低热退，喉中痰鸣消失，精神比前佳，食量增加。2周后颈部不软，转侧灵活。3周后能扶物行走。1个月后各种症状基本消失。随访观察3年，患儿行走、活动正常，智力与同岁健康儿童相仿。

（二）热入营血，瘀血阻络型痴呆（乙脑后遗症）《刺血疗法》

陶某，女，6岁，住安徽省合肥洪岗机械厂。患儿因盲、聋、哑、傻、瘫近2个月，1975年8月25日来刺血科治疗。患儿2个多月前出麻疹、发高热，伴见咳喘、腹泻、呼吸困难等症状，当地医院诊断为麻疹并发肺炎。经治疗高热不退，继之昏迷、抽搐，住淮南市某医院，诊断为乙型脑炎。持续高热63d，经抢救脱险，但仍发热，体温38～38.5℃，后转省某医院治疗，体温降到正常，后遗症有双目失明、两耳失听、失语、大小便失禁、进食不知吞咽、四肢瘫软，触诊无反应，卧床不起，表情傻呆。诊断为乙脑后遗症。治疗经过：取穴太阳、曲泽，针刺出血后，喂食已能吞咽，眼睛能睁开，眼球能转动，能哭出声，触诊皮肤有反应，感觉开始恢复。9月6日2诊，神志清醒、意识恢复，耳能听到声响，眼能看到东西，能叫“爸”、“妈”等单字音，四肢能伸屈，尚不能坐和站立。刺血委中、腰阳关。9月21日3诊，下肢比前有力；刺血委阳、尺泽。10月9日4诊，讲话比较清楚，能坐，上肢活动正常，能站立。刺血阳交、解溪。经4次刺血治疗后，盲、聋、哑、傻、瘫症状均消失，肢体功能恢复正常。1979年2月随访，患儿身体健康，智力与同龄健康儿童相仿。

【导读】

痴呆是由髓减脑消，神机失用所导致的一种神志异常的疾病，以呆傻愚笨智能低下，善忘等为主要临床表现。其轻者可见神情淡漠，寡言少语，反应迟钝，善忘；重则表现为终日不语，或闭门独居，或口中喃喃，言辞颠倒，行为失常，忽笑忽哭，或不欲食，数日不知饥饿等。现代医学中老年性痴呆、脑血管性痴呆及混合性痴呆、脑叶萎缩症、正压性脑积水、脑淀粉样血管病、代谢性脑病、中毒性脑病、小儿先天性痴呆等疾病均属本病范畴。中医古籍中有关痴呆的专论较少。《景岳全书·杂证谟》有“癫狂痴呆”专篇，指出了本病由郁结、不遂、思虑、惊恐等多种病因积渐而成，临床有“千奇百怪”、“变易不常”的特点，病位在心以及肝胆二经，认为本病“有可愈者，有不可愈者，亦在乎胃气元气之强弱”。陈士铎《辨证录》对呆病症状描述甚详，认为其主要病机在于肝郁乘脾，胃衰痰生，积于胸中，弥漫心窍，使神明受累，髓减脑消而病。陈氏还提出本病应以开郁逐痰、健胃通气为主法治之。

本节所选医案的主治医家均认为本病的形成以内因为主，多由于年迈体虚、七情内伤、久病耗损等原因导致气血不足，肾精亏耗，脑髓失养，或气滞、痰阻、血瘀于



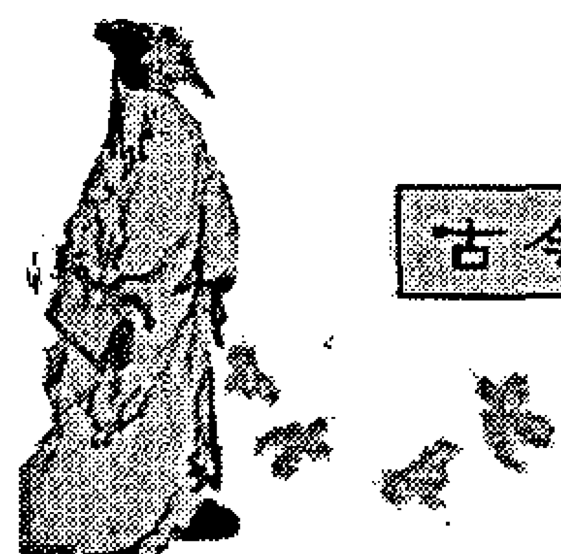
脑而成，治疗当以开窍化痰、活血通窍、平肝泻火治其标、补虚扶正，充髓养脑治其本，治疗时宜在扶正补虚、填补肾精的同时，注意培补后天脾胃，以冀脑髓得充，化源得滋。另外，在针灸治疗的同时，移情易性，智力和功能训练与锻炼亦不可轻视。

陈全新医案：所治病例因饮食不当，脾胃损伤，泄泻日久，伤及肾。肾虚，髓海不足，神明失养；脾胃损伤，气血化生不足，津液输布失常，聚而成痰，蒙蔽清窍中医辨证为脾肾亏虚，血瘀气滞型痴呆，西医诊断为血管性痴呆。陈氏选取内关、足三里、百会、三阴交、肾俞、印堂等穴，并配合电针、耳穴贴压、穴位注射双侧肾俞、心俞等多种方法治疗取得良效。

秦德全医案：所治患儿为中毒性脑病引起失明、聋哑、偏瘫等后遗症，中医辨证为高热灼阴，精血不足型痴呆，西医诊断为中毒性脑病后遗症。治疗总方案离不开滋肾水、养肝血、濡筋脉。本病例秦氏根据辨证，采用纯针灸分段治疗的方法。第1阶段肝俞、肾俞取滋水涵木之意，且有宁神、明目、聪耳之功；阴谷、曲泉滋肾水清肝热，二者相得益彰；睛明、光明能疏风泻火，调肝明目；目窗既有明目之功又有治耳聋之效。第2阶段取穴大陵、神门清营凉血熄风和营，宁神开窍；百会举阳气下陷，泻诸阳燔热借以护阴；耳门、听宫、听会、翳风则能疏太阳、少阳之邪，调气机开耳窍；哑门通舌窍。心肾二窍开则耳聪目明，智慧神宁。第3阶段以补益气血为主，取多气多血的阳明经穴为主；佐以少阴、厥阴之阴谷、曲泉；正因为有上两个阶段的滋阴养血、泻阳护阴的治疗，使偏瘫治疗收到事半功倍之效。

程隆光医案：所治病例是患儿母亲在怀孕期曾接触放射性物质，影响胎儿正常发育，患儿出生后，先天肾精不足，无以充养骨髓，骨髓失养，脑海空虚，故出现“五迟五软”，智能低下。针灸治疗取心经原穴神门通经活络，清心安神，治心性痴呆；取髓之会悬钟穴开窍醒神；取足三里、公孙、中脘、脾俞健运脾胃；取三阴交、关元、大椎通调经脉气血；取肾俞、太溪、次髎、涌泉补益肾精。通过针灸补肾、健脾、调经脉气血，互相促进，相辅相成，精血互生，脑醒神宁，从而促进患儿生长发育，配合教育训练智能得以逐渐增长。

王秀珍医案：王氏认为，乙型脑炎的病机是脑实质有不同程度的炎症改变，如脑膜血管充血、水肿或轻度出血，有时可有血栓形成。血管内皮细胞受损，神经细胞发生广泛的实质性变化，引起功能障碍，患者出现头痛、呕吐、嗜睡、抽搐、昏迷等症状。中后期遗留脑神经损害的症状，如耳聋、失明、失听、失语、中枢性面瘫、吞咽障碍、肢体瘫痪等。中医学对乙型脑炎后遗症病机的认识，多以温热病邪入营入血来阐述，如清代医家王清任认为：“血受热则煎熬成块”。叶天士认为：“夏日热久入血，最多蓄血之症”。戴麟郊认为：“时疫入里，瘀血最多”。可见脑炎后遗症的病机与瘀血有关，由于热邪煎灼，气血周流不畅而形成气滞血瘀之病理变化。针刺放血治疗脑炎后遗症，目的在宣畅经络，疏通气血，推陈致新，恢复机体正常生理功能，为脑炎后遗症患儿开辟了一条新的治疗途径。所治病例①辨证为痰瘀互结型痴



呆，病例②辨证为热入营血，瘀血阻络型痴呆，西医均诊断为乙脑后遗症，经应用太阳、曲泽、太冲、解溪、委中、腰阳关、委阳、阳交等穴刺血治愈。

第十节 呃 逆

一、陆瘦燕

肝肾不足，心胆俱怯型呃逆（膈肌痉挛）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

李某，女，31岁，住虹桥路，1957年11月20日初诊。2d来连续呃逆不止，滴水不下。患者平时在睡眠中常易惊觉，前日傍晚，因受惊吓，到晚上20:30突发呃逆，并见左半肢抽搐，口角向右牵斜，滴水不能下咽。送某医院急诊，未能明确诊断，嘱家属转送神经科检查。因2d来不食不睡，疲惫不堪，故来我诊所求治。诊得病者面色皖白，身体瘦弱，呃逆频作，口角抽动，全身震颤，状颇痛苦，脉象弦滑重按无力，舌苔厚腻。此系肝肾不足，心胆俱怯，惊痰挟风，随气上逆而致。治拟豁痰降气，熄风宁神为法。取穴：肝俞（双）、膈俞（双）、心俞（双）、期门（双）、日月（双）、膻中（双）、内关（双）、中脘。手法：徐疾补泻法，留针20min。先针胸部腧穴，再针背部腧穴，留针时呃逆渐减而至平静，同时肢体抽搐、口角牵斜等症也随之解除，当时就能喝水及吞咽糕饼，嘱其回家静养。11月21日晚上22:00 2诊。下午针后回家曾吃稀饭1碗，未见呃逆，后与邻居谈及当时受惊情况，触动心情，于晚上21:00许，又有轻微发作，家属虑其深夜增剧，即登门求治，为虑病者兼有膈寒之证，乃改用灸法以温膈定逆。取穴：膻中、巨阙、膈俞（双）。手法：麦粒灸先胸后背，每穴7壮。膈俞穴灸至3壮时，呃逆完全停止，给以开水饼干，饮食自如，精神渐渐恢复，时已深夜23:00，嘱其不要多讲话，以免寒气入膈而病再作，并回家静养。数日后随访，未再复发。

二、田从豁

寒阻中焦型呃逆《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

于某，男性，62岁，工人，1998年7月24日初诊。病史：2个月前因“高血压病”住入电力医院后即出现呃逆，经用针灸、按摩等治疗，呃逆逐渐停止。2周前因服食“冰镇西瓜”，呃逆复作，昼夜发作，入睡时仍呃声不断。现呃逆频作以至于不能连贯说话。纳食尚可，胃脘部无明显不适感。大便可，每日一行，成形软便，溲调。检查：患者呃声频作，舌质淡，苔白水滑，脉沉缓。诊断：呃逆（寒阻中焦），治则：理气散寒，和胃止呃。治疗：取天突、中脘、巨阙、期门，用平补平泻法，留针30min，中脘加用温针灸，起针后取胃俞、脾俞、大椎拔罐。2诊时，呃逆仍作，继用上法。3诊时呃逆减轻。4诊时，患者来诉，自第3次治疗后呃逆未发作，患者精神好，纳食



佳，夜晚睡眠好。证属痊愈。

三、魏稼

胃气上逆型呃逆（顽固性膈肌痉挛）《魏稼针灸经验集》

漆某，男，40岁，1993年4月23日就诊。3d来呃逆连声，口不干，纳可，二便平，舌苔白稍厚，脉弦有力。诊断为顽固性膈肌痉挛。取穴：扶突、中脘、内关、丰隆。毫针刺，用平补平泻法，留针30min，行针3次，出针时呃逆如故。随即改用大拇指点按双侧攒竹穴，局部有酸胀感为度，约1min，呕逆骤止。

四、杨介宾

呃逆（膈肌痉挛）《中国当代针灸名家医案》

杨某，男性，30岁，干部，1986年3月29日初诊。主诉：持续性抽呃11d。病史：患者于11d前，午餐进食面条1碗，继而出现不自主地呃逆，其声不断，响亮有力，气短而昼夜不停，难以自忍。伴有脘腹痞闷，反酸嘈心，头身胸胁抽掣作痛，倦怠无力。曾口服和肌注哌甲酯、地西泮、谷维素等药物无效。遂入住中医附院内一病房，服顺气和中之剂，仍未收功。于是要求针灸治疗。检查：患者形体壮实，痛苦表情，呃声不断，影响呼吸、语言，夜不成寐。舌苔薄白，脉象弦滑。诊断：呃逆（膈肌痉挛）。治疗：宽胸利膈，和胃降逆。取穴：膻中、中脘、内关、足三里。操作：毫针泻法。用28号毫针强刺泻法，留针30min，每3min提插捻转1次。起针后，膻中、膈俞、中脘加拔火罐，皮肤紫红色为度。10min后呃逆稀疏，30min后停止发作，当晚酣睡10h。为了巩固疗效，翌日又针1次，观察1周。未再复发，痊愈出院。

五、吴刚

中焦斡旋失司型呃逆（术后膈肌痉挛）《中国当代针灸名家医案》

王某，男，45岁，医师，1989年5月22日初诊。主诉：呃逆3d。病史：患者因胰腺癌术后呃逆不止，留经服药及针灸而未效，遂请会诊。现症：患者喉间呃忒连续，频频不止，甚则牵引床动，纳少，睡眠欠佳，二便尚可。检查：面色萎黄，神志清楚，语言流利，呃逆频频不止，肺听诊（一），舌淡，少苔，脉细弦。诊断：呃逆（术后膈肌痉挛），中焦斡旋失司型。治疗：调运中焦斡旋，止呃。取穴：合谷。操作：针刺得气后施以平补平泻手法，留针20min。当施针毕而呃逆立止，乃留针20min，以后呃逆尚未复发。

六、孟竞璧

呃逆《中国当代针灸名家医案》

龙某，男，54岁，1986年11月24日初诊。主诉：呃逆不止2d。病史：2d前无



明显诱因而引发呃逆。2d 来，呃逆频频，呃声不止，寝食不安，余无不适。经中药、针刺治疗未效，而来求治。检查：神清体健，反应敏捷，甲状腺无肿大，腹部柔软，肝脾未触及。呃逆声洪亮，舌质正常，苔薄白，脉滑。诊断：呃逆。治疗：降逆止呃。取穴：天牖下 1.5 寸，胸锁乳突肌和斜方肌之间。操作：在上述部位直刺进针，达到椎骨体后回针向椎骨体前线再进针，行平补平泻手法。运针 3min，呃逆即止。随访 1 个月，呃逆再未发作。

七、章逢润

肝气犯胃型呃逆《中国当代针灸名家医案》

杨某，男，45 岁，干部。主诉：喉中呃声持续 1 个月余。病史：患者 1 个月来喉中呃声持续不已，影响进食，食入即吐，不能安睡。虽经服药及针灸调治，但始终未能见效。因而为病所苦，心胸烦闷，情志焦虑不安。迫于无奈，再次求治针灸。检查：神志清楚，面色润泽，形体中等，行动自如，胸腹未见异常，舌淡，苔薄白，脉弦细。诊断：呃逆，肝气犯胃。治疗：疏肝理气，和胃降逆。取穴：天突、内关、膻中、太冲。操作：毫针刺法，手法宜泻，每日 1 次。仅针 1 次，呃逆立即停止，复诊时，患者自诉呃声一直未作，唯有胸闷不舒。为巩固疗效，遂依前法再针 1 次而获愈。

八、葛书翰

呃逆《中国当代针灸名家医案》

芦某，男，55 岁，干部，1981 年 7 月 21 日初诊。主诉：反复呃逆 6d。病史：患者 2 周前出现右半身瘫，到医院做 CT 检查诊断为脑梗死，到 245 医院住院治疗，住院第 8 天出现呃逆，初起几分钟发作 1 次，近两天几秒钟发作 1 次。呃逆频频，昼夜不休，严重影响吃饭与休息。经口服镇静药物并静点普鲁卡因 3 次，未见效。给予针刺天突、内关（双），治疗 4 次也未奏效，而来我院针刺治疗。检查：舌质红，苔薄腻，脉弦。诊断：顽固性呃逆。治疗：调气平胃，降逆止呃。取穴：扶突（双）、内关（双）。操作：扶突穴选用 28 号 1.5 寸毫针，与颈椎呈垂直方向刺入约 1 寸左右，有触电样针感传至肩或手时，留针 5～10min。内关穴选用 1.5 寸毫针，刺入约 0.5 寸左右，取得针感后，留针 5～10min。针第 3 次后呃逆次数明显减少。针第 5 次后，呃逆基本治愈，但时有发作感。针至第 6 次时，诸症已消失，告之痊愈。观察 1 周，未见发作。

九、蒲英儒

气机上逆型呃逆（膈肌痉挛）《中国当代针灸名家医案》

罗某，男，教师，1984 年 3 月 11 日就诊。主诉：患者呃逆 1 个月余。病史：患者

病由生气受惊为前因，经中西医诊治反复不愈。呃逆声短，连续频增，每 5min 发病多达 10 余次，间隔 10～30min 发作不等。发作后常伴有胸闷不适及微痛感，饮食、睡眠、二便如常，既往健康。检查：神志清楚，语言流利，面色不泽，苔白润，脉弦细。诊断：呃逆（膈肌痉挛），气机上逆型。治疗：宽胸利膈，协调升降，疏肝理气。取穴：足三里、内关、气海、太冲。操作：足三里、内关、太冲针用泻法，留针 40min，10min 做提插捻转 1 次，目的在于保持得气的持续，气海用艾条灸 10min。首次针灸后呃逆次数减少，5min 内仅发作 3 次，亦有明显改善。经 4 次治愈，1 个月后来院复诊，呃逆无复发。

十、钟梅泉

肝郁气滞，脾胃升降失调型呃逆《中国梅花针》

张某，男，52 岁，工程师，1977 年 5 月 18 日初诊，患者因输尿管结石、血尿、腹痛就诊北京某医院。经治疗腹痛止，但随之发生呃逆，连声不断已 6d 未止。曾服镇静剂、用封闭、中药、耳针等方法均未收效。因影响食欲、睡眠，心烦性急，十分苦恼，胃脘胀满，两胁不适，在胸椎 4～10 两侧摸到条索和压痛，膻中穴有压痛。脉细弦，苔薄黄。证属肝郁气滞，脾胃升降失调。拟以疏肝降逆和胃为治。根据病证，选取胸椎 4～12 两侧、内关、膻中、期门、上腹部、阳性物处进治。采用梅花针以较重手法进行叩打，治毕呃逆即停止，胃脘不适亦觉松快而回家。直至次日就诊前 30min 呃逆小作，断续几声，再按原方继续治疗 1 次，呃逆即止，精神愉快。患者住院治疗尿石症 3 个月，呃逆未再发作，出院后继续追踪观察 2 年疗效巩固。

【导读】

呃逆是以气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，难以自制为主要表现的病证。相当于现代医学中的单纯性膈肌痉挛，其他如胃肠神经官能症、胃炎、胃扩张、胸腹腔肿瘤、肝硬化晚期、脑血管病、尿毒症，以及胸腹手术后等所引起的膈肌痉挛。《黄帝内经》无呃逆之名，其记载的“哕”即指本病，认为呃逆的病机为胃气上逆，其发病与寒气及胃、肺有关，并指出呃逆是病危的一种征兆。汉代张仲景在《金匮要略》中将呃逆分为实证、寒证、虚热证，为后世辨证分类奠定了基础。宋代陈无择在《三因极一病证方论》中指出呃逆与膈相关。元代朱丹溪始称之为“呃”。明代张景岳确定呃逆病名，并提示与其他疾病相鉴别。明代秦景明《症因脉治》把本病分外感、内伤两类，颇有参考价值。清代李中梓《证治汇补》对本病提出系统治疗法则，至今仍有指导意义。

针灸治疗呃逆古典医籍中有较多的记载，本节所选医案的主治医家认为，呃逆的病因多由饮食不当、情志不遂和正气亏虚等所致。胃失和降、气逆动膈是呃逆的

主要病机，其病理性质有虚实之分，应以理气和胃、降逆止呃为基本治法。

陆瘦燕医案：陆氏认为《黄帝内经》所谓“诸逆冲上，皆属于火”及明代医家张介宾称呃逆“总由气逆”是呃逆辨证的主要依据，所治病例体多虚弱，肝气不足，胆气怯弱；肾气不足，心神不宁，善惊多恐，惊则痰生，痰随风涌，挟火上逆，振动胸膈，而见是证。陆氏辨证为肝肾不足，治以豁痰降气、熄风宁神之法，针刺泻肝俞、期门以平肝熄风；补心俞、日月以宁心壮胆；泻膈俞、膻中以降气清膈，泻中脘以降胃气，兼内关以宽中利膈。一诊而呃逆平复，再诊虑及寒邪入膈之兼证，乃改用灸法，取膻中、巨阙、膈俞，温散胸膈之寒邪，以巩固疗效，病获痊愈，效如桴鼓之应。

田从豁医案：患者曾有呃逆发作史，虽有缓解，但脾胃已伤，复进冷食，致寒气凝滞于中焦，气机失于调畅，逆气上行而发，故治疗重在温中散寒，理气降逆止呃。田氏将针刺、艾灸、拔罐等法合用，以天突降上逆之气；以巨阙调理中焦；以中脘理气和中，更用温针灸，驱散中焦之寒气；以期门疏泄条达肝气，助中焦之健运；以脾俞、胃俞、大椎拔罐加强脾胃之运化，强健中焦，共奏温中散寒降逆之效。

魏稼医案：魏氏认为呃逆乃胃气上逆所致，虽针刺有效，但其所治病例为顽固性膈肌痉挛，出针呃逆如故，遂改用大拇指点按双侧攒竹穴，以局部有酸胀感为度，约 1min，呃逆骤止。魏氏认为足太阳膀胱经与足阳明胃经在鼻旁攒竹穴相交会，故点按攒竹穴能降逆止呃，按压前首先寻找压痛点，再施行按、压、揉等手法或行针刺治疗，疗效甚佳。

杨介宾医案：治疗呃逆在选穴方面取胃之募穴中脘、胃之下合穴足三里调中和气降逆；内关宽胸；膈俞宽胸利膈；膻中顺气，毫针泻法强刺激，针后拔罐以增强镇逆调气之效。

吴刚医案：吴氏认为呃逆虽属微恙，针灸治疗用穴多在心包、胃、任、膀胱经求之，但一次用穴较多，病家难以接受。吴氏所治呃逆为术后罹患，苦不堪言，且前医用药、施针无效。吴氏匠心独具，只取合谷一穴，意在调运中焦所失斡旋，针刺手法平补平泻，使针感有节奏地向胸间传导。除穴位功能外，更贵乎手技之运用的不同，足见针道一斑。

孟竞壁医案：孟氏认为呃逆是膈神经受刺激而引起膈肌痉挛。针灸对治疗有良好的效果。然而所治病例的呃逆，用常规降逆止呕之法，取穴人迎、天突、内关均未见效，可见其呃逆之程度较重。故选取天牖下 1.5 寸（胸锁乳突肌和斜方肌之间）针刺，此乃膈神经所经之地，对于呃逆较重之患者，每每采用刺激膈神经的方法来治疗，屡针屡效。

章逢润医案：所治病例为肝气不舒，胃失和降之证。治宜疏肝理气，和胃降逆。选取手、足厥阴、任脉经穴为主，方中内关、膻中，宽胸利膈，舒解挛急；天突、太冲，平降肝胃气逆。4 穴合用，功专力宏，施用强刺激手法，收效速捷，因而使久病呃逆



即刻平息。

葛书翰医案：葛氏认为呃逆是由于胃气上逆所致，西医认为主要是由于膈神经受刺激而引起。所用扶突穴从针灸学角度分析，属手阳明大肠经穴，可通经活络，降逆调气；内关属心包经穴，可理气宽胸，宁心安神；从解剖学角度理解，扶突穴深部有3,4,5颈神经的前支通过，而3,4,5颈神经的前支共同构成膈神经的运动和感觉纤维。通过针刺扶突穴可以刺激膈神经，起到调整作用。所治病例为脑血管疾病后遗症伴有呃逆患者，病情顽固且难以治愈，葛氏结合中西医理论，以独取扶突穴为主而获良效。对采用此法治疗的265例患者疗效分析，有效率为97.7%，治愈率为81.1%。

蒲英儒医案：患者属肝气犯胃，情志不畅而发呃逆，治疗应宽胸利膈，协调升降，疏肝理气，蒲氏选用足三里、内关、太冲、气海4穴配用。足三里为阳明经穴，阳明多气多血之腑，与脾互为表里，可使脾胃升降之气得利，气逆得调；手厥阴心包内关，交会于胸中，同三焦相表里，三焦主气化，可宽胸利膈；太冲穴属肝，有疏肝降冲之效；气海施灸以壮气，旨在气调而呃逆自愈。此外蒲氏认为针刺得气和不得气，留针时间长短，病势属性，针灸方法，补泻手法等，都与疗效有关。

钟梅泉医案：钟氏认为呃逆患者往往在胸椎5～10两侧有条索及压痛，颌下有结节，剑突下有压痛，膻中穴有压痛，小腿内侧三阴交穴处可摸到条索及压痛。可用梅花针针对上述部位采取较重刺激手法治疗，一日可治疗2次。待呃逆停止后改为中等强度刺激，对兼症治疗和巩固调理可改为每日或隔日治疗1次。

第十一节 胃　　痛

一、王执中

胃痛《针灸资生经》

荆妇旧侍亲疾，累日不食，因得心脾病，发则攻心腹，后心痛亦应之，至不可忍，与女儿别。以药攻之，痛反甚。若灸则遍身不胜灸矣。不免令女儿各以火针微针之，不拘心腹，须臾痛定，即欲起矣，神哉。

二、朱汝功

中州气滞，脾胃不和型胃痛（胃溃疡及胃黏膜脱垂）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

周某，女，52岁，外交官。胃脘疼痛，胀满不适，食煎炸之品及冷饮后更甚，胃镜检查为胃溃疡及胃黏膜脱垂，药物治疗未效，前来针灸调治。此中州气滞，脾胃



不和之证，拟和胃理气为治。处方：①针穴：内关（双）、足三里（双）、公孙（双）；手法为平针法，留针20min。②灸穴为上脘、中脘；下脘、气海；脾俞（双）；胃俞（双）；足三里（双）；灸法是每次用1组穴，先针刺，后灸治，每穴隔饼灸5～7壮。治疗经过：隔日治疗1次，5次1轮为1疗程，共灸治3个疗程，症状减轻，即使食煎炸之品及冷饮后，胃部也不疼痛。2年后回国复查，胃黏膜已全部复原。

三、魏稼

(一)脾胃气虚，肝胃不和型胃痛（十二指肠壶腹溃疡）《魏稼针灸经验集》

郑某，女，30岁，工人。患十二指肠壶腹部溃疡10余年，隐痛多在进食2～4h出现，上腹偏右有压痛。昨因情绪不佳及受凉而加剧，食纳不佳，上腹闷胀，吐酸水，神倦，少食懒言，便溏，舌苔白厚而腻，脉弦紧，睡眠不佳。诊为脾胃气虚，肝胃不和。初用太冲、期门、三阴交、足三里、脾俞、胃俞等，对四肢穴用“迎随补泻”中的“随补法”，顺其经脉循行方向针刺，留针30min，痛仍甚，继加用“饿马摇铃”法，两指夹针柄持续运转，左右轻摆针柄约10min后，痛即缓解，针10min后再行1次。如此治20余次，痛渐止，余症相继消失，摄片复查，龛影消失。

(二)肝郁脾虚型胃痛（溃疡病）《魏稼针灸经验集》

刘某，男，45岁。胃脘痛时缓时发已3年，胃钡餐造影检查提示为溃疡病，常因思虑过度与情绪紧张而疼痛加剧。舌苔薄黄，舌黯红，脉弦细。先针刺中脘、足三里、内关3次，疼痛不能缓解。阅其以往之病历，所服之药，多数为健脾建中之品，所取之穴，也是阳明经居多。该患者胃脘痛与情志密切相关，据证应疏肝健脾，理气止痛。改取风池、足三里，行平补平泻手法，留针30min。经3次治疗，疼痛明显减轻，共针刺45次，饮食增加，精神好转，工作效率提高。胃钡餐复查，提示龛影消失，溃疡愈合。

四、杨永璇

脾胃阳虚型胃痛（胃幽门前区溃疡）《杨永璇中医针灸经验选》

解某，男，37岁。初诊：胃脘疼痛，已历1年。时有泛恶，疼痛阵作，纳呆，形瘦，神疲，嗜睡，大便溏薄，色黑，小溲清长，肢冷。经X线摄片诊断为胃幽门前区溃疡，大便隐血检查阳性(卌)。脉沉细少力，苔薄腻。症由阳分久损，脾胃受病，运化不健，胃络受损则便血，络虚则痛。法当温中散寒，以调脾胃。针灸方法：足三里、公孙、三阴交（均补法）、内关（泻法）均双侧，中脘（补法）用提插补泻法，中脘针后加拔火罐。2～6诊：连续5d，上方每日针治1次。7诊：第7天，即连续次日，脘痛见减，胃纳较佳，便溏好转，唯腹胀依然，时作嗳气。脉细，苔薄。此《灵枢·口问》所谓：“寒气客于胃，厥逆从下上散，复出于胃，故为噫”，噫者，嗳气也。治当温中焦，健脾胃，以通为补，接用前法参治。针灸方法：同上加天枢、上巨虚（均双、泻法）、中



脘改用隔姜灸3壮，余均如上方。8～12诊：连续5次，上方每间隔1d，针治1次。13诊：第17天，即间隔1天。诸恙依次减退，脘痛消失，纳食增加，胸闷渐宽，嗳气亦平，二便正常。脉缓，苔薄。脾胃运化之机渐复，只需怡情放怀，此病可愈。再宗前法出入。针灸方法：内关（泻法）、足三里、公孙（均双）、中脘（均补法）用提插补泻法。续治6次，上方隔日针治1次，经X线摄片复查，溃疡已消失。大便隐血阴性。共住院26d，痊愈出院，恢复工作。

五、于书庄

寒邪犯胃型胃痛《于书庄针灸医集》

李某，女，19岁，1966年1月31日初诊。现病史：胃痛30min。患者因喝凉水，吃生萝卜而胃痛，痛的满炕翻滚，满头大汗，呼叫不宁。检查：脘部压痛，未见外科体征，舌苔白，脉沉，辨证：系寒邪犯胃。治法：宜温中散寒。治疗经过：灸中脘，针足三里（双侧），得气后取较强酸胀针感。当灸至5min后胃痛缓解而愈。

六、张涛清

（一）中阳虚弱型胃痛（十二指肠壶腹部溃疡）《张涛清针灸治验选》

李某，女，55岁，干部，1984年1月18日初诊。自诉：胃脘痛2年余，常在饭后2h左右发生。经某医院钡餐X线摄片确诊为十二指肠壶腹部溃疡，经多方治疗，疗效不显。近因饮食失调，受凉而致脘腹隐隐作痛，遇食凉物，疼痛加剧，痛时喜按，腹胀牵引两胁，气短，懒言，吞酸或吐清水，嗳气不舒，遂来医院要求针灸治疗。检查：患者身体消瘦，右上腹部压痛明显。苔白，脉弦细。X线钡餐造影：十二指肠壶腹部变形龛影，诊断为十二指肠壶腹部溃疡，辨为中阳虚弱，治宜益气健脾，温阳和胃。取穴：天枢、下脘、足三里、气海、神阙、脾俞、胃俞。手法：神阙隔盐灸5壮，其余各穴进针得气后，施以不留针补法，隔日针灸1次，12次为1个疗程，疗程间隔5～7d。连续治疗7个疗程，痛止胀消，停止治疗，嘱患者注意饮食调理，随访6个月未见复发，疗效巩固。

（二）肝气郁结型胃痛（胃窦炎）《张涛清针灸治验选》

张某，女，35岁，干部，1984年9月24日初诊。自诉：胃痛1年余，腹胀泛酸6个月余。近日来，因食生冷，情志不畅至胃脘痛、嘈杂，腹胀连及胁、背，烧心，呕逆，泛吐酸水，大便初干后溏，心烦易怒。经某医院用纤维胃镜检查，诊断为“胃窦炎”。中西药物治疗无效，来我院要求针灸治疗。检查：面淡黄，体弱肌薄，胃部压痛明显，舌红苔薄白，脉弦。诊断为胃窦炎，辨为肝气郁结，治宜疏肝和胃。取穴：天枢、下脘、足三里、气海、神阙、太冲。手法：神阙穴用艾条温和灸5min，太冲施以大幅度捻转强刺激泻法，其余诸穴，进针得气后施以平补平泻，隔日针刺1次，连续治疗30次而病愈，嘱饮食调息。随访6个月，疗效巩固，病未复发。

(三)寒邪犯胃,寒凝气滞型胃痛(胃痉挛)《张涛清针灸治验选》

方某,男,50岁,干部,1984年2月15日初诊。自诉:3d前,因生气、感寒,突感上腹部不适,继之剧烈疼痛,胃痛如绞,抱腹不能直立,大汗淋漓,不吐不泻,口干不欲饮水。是日夜曾在兰州某医院检查,诊断为"胃痉挛",注射阿托品止痛。15日上午,病又复发,病如前,遂来我院要求针灸治疗。检查:见患者抱腹呼痛,大汗淋漓,四肢不温,面色苍白,舌质淡,苔白厚,脉沉紧。诊断为胃痉挛,辨为寒邪犯胃,寒凝气滞。治宜温中散寒,疏肝理气。取穴:天枢、下脘、足三里、气海、神阙、肝俞;手法:神阙穴隔姜灸,其余各穴进针得气后,施以大幅度捻转,反复提插,行强刺激泻法,留针30min,间歇运针3次,针1次后胃痉挛立即缓解,胃痛消失,仅针1次而病愈。为巩固疗效,患者要求多针几次,共针5次而停针,嘱患者饮食调息,随访1年未见复发。

(四)肝胃郁热型胃痛(浅表性胃炎)《张涛清针灸治验选》

郭某,男,34岁,教师,1984年3月28日初诊。患者3年前,因饮食失调而致胃痛,屡经中西药物治疗不能控制,经钡餐、胃镜检查,确诊为浅表性胃炎。就诊时患者胃脘部疼痛剧烈,拒按,闷胀不舒,嗳气疲倦,口苦,心烦易怒,咽干,大便干结,矢气多而难以自控,尿黄灼热,舌质红,苔黄腻,脉弦数。证属肝胃郁热,升降失司,治宜清热、理气、导滞。取"五穴方"去神阙加阳陵泉,隔日针灸1次,连续治疗4个月,胃痛止,嗳气消,思食纳谷而病愈,嘱以饮食调息,随访6个月未见复发。

(五)气血凝滞,瘀血阻络型胃痛(慢性胃炎)《张涛清针灸治验选》

石某,女,22岁,干部,1954年5月17日初诊。患者自诉:消化不好,不思饮食,上腹部有一硬块约6个月之久,痛如针刺,头昏,头晕,背及四肢关节疼痛。经某医院检查诊断为"慢性胃炎",多方治疗,效果不好,于1954年5月17日来我院就诊。检查:患者面黄体弱,上腹部硬满痛而拒按,舌质紫黯苔白腻,脉沉弦涩。辨证:证属气血凝滞,瘀血阻于胃络。治则:化瘀通络,理气止痛,取"五穴方"去神阙加三阴交、膈俞、膻中,进针行提插捻转手法得气后留针20min,隔日针刺1次。针治4次后,痛止,饮食增加,头晕及关节疼痛减轻,针治8次后,上腹部硬块消失,诸症消失,后经追访多次,再未复发。

(六)饮食停积,食滞伤胃型胃痛(慢性胃炎急性发作)《张涛清针灸治验选》

张某,女,56岁,1954年4月5日初诊。自诉:患胃病已10年,去年10月,因贪食而复发,胃脘胀满,疼痛难忍,嗳腐吞酸,呕吐不消化食物。1954年4月5日来我院就诊。检查:左上腹可扪到不规则的肿块,吐出物为黏痰,经西医会诊,诊断为"慢性胃炎急性发作"。辨证:证属饮食停积,食滞伤胃。治则:消滞和胃。取"五穴方"加建里,胸8~12夹脊穴,进针后提插捻转得气后,施以泻法不留针,隔日1次。针治1次后,胃脘疼痛减轻,2次后上腹部肿块消失,13次后病告痊愈。后追访,疗效巩固。嘱患者注意情志、气候、饮食,预防本病再复发。



(七)脾胃阳虚型胃痛《张涛清针灸治验选》

陈某,男,20岁,1954年7月12日初诊。自诉:4～5年前,常觉疲乏无力,饮食减少,胃部隐隐作痛,痛而喜按,得温则舒,泛吐清水,有时无梦遗精,大便时溏,小便清长,历经中西医治疗未效,慕张涛清医名求针灸治疗。检查:患者畏冷喜暖,面色皖白,神疲乏力,手足不温,舌淡苔白润,脉沉缓无力。辨证:脾胃阳虚,兼肾气虚精关不固,寒自内生。治则:温中健胃,补肾散寒。取“五穴方”加中脘、脾俞、胃俞、肾俞。进针得气后,施以提插捻转补法,留针30min,针后艾卷温热灸脾俞、胃俞、肾俞,每日1次,取益火之源,以消阴翳之法,针8次后,诸症悉除。为巩固疗效,间隔7d后,继针8次,后追访多次,疗效巩固。

七、邱茂良

(一)中气久虚,瘀阻于中型胃痛(十二指肠壶腹部溃疡)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

高某,男,40岁,驾驶员。患者以胃痛反复发作3年余而来诊。据称3年前出差,因劳累太过,饮食失调而引起胃痛,因条件限制,只服极简便成药,临时减轻症状,后经某医院上消化道钡餐透视检查,诊断为十二指肠壶腹部溃疡。目前症状为胃脘痛,一般在饮食后2h左右发作,进食后可暂时缓解,疼痛性质为胀痛或刺痛,局部拒按,嗳气泛酸,饮食减少,大便隐血检查为阳性,夜寐欠佳,形体消瘦,精神倦怠,面色少华,脉象细弦。根据上述资料分析,患者由于劳倦伤脾,饮食失常伤胃,脾胃受损,中运无权,气机失调,故见脘痛、嗳气、饮食减少;由于中气虚惫,故得食少安;胃痛久延,气机久郁,气滞则血行失畅,引起瘀阻,伤及络脉,故见黑便,刺痛夜甚,局部拒按。反复发作3年,中气久虚,自不待言,治当补中,亦是常理,但目前大便隐血阳性,瘀阻于中,为当务之急,急则治标,先宜调和中气,活血化瘀。取穴:膈俞、血海、三阴交,用轻泻法以祛瘀宁络;取胃俞、中脘、足三里用平补平泻法,缓缓行针,以调和中气。每日1次,连续10次,胃脘刺痛明显减轻,大便黑色已除,经复查,隐血检查阴性,可见瘀阻渐化,症情缓解。刻下胃脘空腹时仍作痛,有时连及两胁,嗳气较多,泛酸仍作,大便转干,舌质淡,尖边微红,脉仍细弦。此瘀血虽化,而中气虚弱,肝气乘之,故见胁痛、嗳气等症,治当调补中气为主,疏调肝气佐之。取穴:①胃俞、脾俞、中脘、足三里以调补脾胃;②肝俞、期门、行间以疏调肝气。上述两组交替使用,每日1次。连续2周后,胃痛著减,胁痛、嗳气等症亦除,肝胃之气已见调和,唯不时仍有痛,温按较舒,饮食知味,量不多,舌淡,脉细弱,精神不振,四肢乏力,中气久虚,尚未恢复,治当调补。取脾俞、中脘、梁门、气海、关元、足三里、三阴交等穴,加减出入,针用补法,背腹部各穴,针后加灸,隔日1次,连续1个月,临床症状消失,饮食增加,精神好转,经钡餐造影复查,龛影已消失。



(二)脾胃不和,肝气郁结型胃痛(十二指肠溃疡)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

薛某,男,34岁,教师。胃脘疼痛已6年,每遇劳累或激动则疼痛加重。经服中西药物治疗均无效,经他人介绍来我科请求针灸治疗。刻诊,脘痛、嘈杂、吞酸、泛酸、纳呆、食后饱胀,嗳噫,面色少华,乏力,舌苔白腻,脉沉细。检查:胃脘部有明显压痛。患者于1954年曾因脘痛经医院检查,钡餐透视为"十二指肠溃疡"。西医诊断为十二指肠溃疡,中医诊断为胃脘痛。证属脾胃不和,肝气郁结。治当疏肝健脾,和胃止痛。取穴:肝俞、脾俞、胃俞、中脘、梁门、气海、足三里、内关。均针后加灸,用补法,留针15min,隔日1次,共治疗9次,症状接近消失,纳食增加,面色转红润。

(三)中阳不振,胃失濡养型胃痛(胃及十二指肠溃疡)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

殷某,男,47岁,职工,患者胃脘痛3年。经服中西药物效果均不显著。1968年10月中旬来针灸治疗,主诉:胃脘疼痛隐隐,饥饿时更甚,疼痛喜按,得温则舒,平时口泛清水,胃纳亦逊,大便尚可,形寒畏冷,舌苔薄白,脉来细迟。检查:胃脘部多处有明显压痛。X线钡餐造影摄片检查提示胃与十二指肠溃疡性病变。西医诊断为胃及十二指肠溃疡,中医诊断为胃脘痛。证属中阳不振,胃失濡养。治疗当温中健脾,和胃止痛。取穴:肝俞、胃俞、中脘、气海、内关、足三里。均针后加灸,采用提插捻转补法,中脘穴在针上用艾盒熏灸,留针45min。经治疗15次胃脘痛症状逐渐消失,2周后又因他病来诊,自诉胃脘痛未再复发。

(四)寒邪犯胃型胃痛(胃溃疡)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

刘某,男,47岁,工人。有胃痛史近6年。胃脘痛受寒、疲劳、饮不慎、情志不和时易发。当地医院诊断为"胃溃疡"。前天胃痛急性发作,疼痛剧烈,服药物效果不好,遂来我科针治。检查:剑突下压痛,无反跳痛,患者呻吟,表情痛苦。舌红,苔薄白,脉弦紧。西医诊断为胃炎及胃溃疡急性发作,中医诊断为胃痛。证属寒邪犯胃。取穴:中脘、内关、梁丘、足三里;用提插捻转泻法,中脘穴加温针灸。其他穴位轮流行针。针后15min,疼痛稍缓,留针至痛完全停止。然后,再针胃俞、脾俞及后背部的压痛点,用灸罐熏灸,起针后拨罐。以上治疗每日1次,2次治疗后,疼痛基本消失,嘱其继续针灸以巩固疗效,连续治疗10次后,症状完全消失,终止治疗。

(五)肝郁化火,灼伤胃阴型胃痛(萎缩性胃炎)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

洪某,女,42岁,职员。患者以胃脘部嘈杂灼痛,反复3年而来治。据称患者多年来,因夫妻关系不好,情绪欠佳,精神抑郁,饮食不香,渐至食后胃部不适,食量减少,以后渐见胃脘隐痛,饱胀,并不断加重。有时嘈杂如饥,胃脘烧灼难受,按之轻压痛,有时空呕,口干欲饮,大便干结,形体消瘦,心烦善怒,舌红少苔,脉象细致。



曾经两次胃镜检查，诊断为"萎缩性胃炎"。根据羸史证候分析，证属情志所伤，肝气郁结，久郁化火，灼伤胃阴，故见胃脘嘈杂灼热隐痛等症。肝气失宣，故见胸闷。阴虚则内热，故见心烦、口干、便结。治当清养胃阴为主，略参调理气机和胃降逆为辅。取穴：肝俞、胃俞、中脘、期门俞募同用，行捻转补法，以调理肝胃；取廉泉、足三里、三阴交、太溪以养阴生津；泻行间、内庭两穴，以清肝胃之热。经用本方加减出入，隔日 1 次，治疗 1 个月，胃痛、嘈杂与烧灼感明显好转，但仍饮食不多，神疲少气，此胃热虽去，气阴未复。乃用黄芪注射液注射肝俞、胃俞穴，以梁门、气海、足三里、三阴交、太溪等穴出入治之。连续 2 个月，症状完全消失，纳食增加，精神好转，经胃镜复查，诊断为"浅表性胃炎"。

(六)饮食积滞，胃气壅滞型胃痛《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

史某，男，58 岁，干部。胃脘疼痛、痞胀 10d。患者于春节期间，因吃年糕过饱而致胃脘痛，节后遂来求治。症见胃脘痞满，疼痛，不能吃饭，吃面食还好，一遇荤腥，脘胀益甚，嗳气则舒，口中秽气，矢气频频，大便时干时稀。周身疲惫，舌根苔腻，脉沉细。检查：按胃脘部，微微隐痛不舒。证属饮食积滞，胃气壅滞。治当消食导滞，和胃止痛。取穴：胃俞、中脘、梁门、公孙、气海。以上穴位均行提插捻转泻法，留针 15min。上法治疗 1 次后，胃胀稍缓，以后每日治疗 1 次，共治疗 7 次，以上症状全部消失，纳食亦增多而停针。

(七)脾胃气虚型胃痛(慢性浅表性胃炎)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

陈某，男，37 岁，教师。胃痛 1 个月。胃脘痛始于汗后当风，胃胀不适，纳差，嗳气，腹中肠鸣，矢气频频，恶心欲呕。胃镜检查诊断为"慢性浅表性胃炎"，服药效果不明显，经朋友介绍来我科针灸治疗。患者面色萎黄，说话无力，腹软，剑突下有明显压痛。舌红，苔薄白，脾胃气虚证。治疗拟健脾益气，和胃止痛。采用穴位注射治疗方法。取穴：胃俞、肝俞、脾俞、足三里、阳陵泉。用黄芪注射液进行穴位注射，碘伏消毒，试抽无回血，然后每穴注入药液 2ml，隔日 1 次。连续治疗 5 次后，胃痛症状完全消失，继续针治 5 次以巩固疗效。

八、郑魁山

脾胃虚寒型胃痛《郑氏针灸全集》

何某，女，50 岁，北京市人，市民。因胃痛呕吐反复发作 30 余年，1954 年 4 月 9 日初诊。患者于 14 岁患胃病，每年秋季和天冷时胃痛较重，嗳气吞酸，逐渐加重。1953 年病情更加恶化，曾经职工医院，北京某医院诊断为胃下垂兼胃溃疡，经过治疗未见显著效果。现在患者胸中满闷、气短、胃痛腹胀、呃逆、呕吐食物，有时连续呕吐，后来口渴喜热饮，但水入即吐，喜服碳酸氢钠片，自觉服后胃内比较舒适一些，腰背酸痛，全身无力，发冷、无汗，大便灰白色，而来我所诊治。检查：舌质淡，舌



苔薄白，脉沉迟，60/min，血压 90～160mmHg(12.0/8.0kPa)，全腹部压痛，特别是右季肋部僵硬而明显压痛，其他无异常所见。中医辨证系脾胃虚寒、中气下陷。采用健脾养胃、温中散寒之法治之。取上脘、中脘、内关、足三里，用热补法，留针30min。治疗至 4 月 10 日，针治 6 次时，腹痛及呕吐基本消失，腹部压痛已减轻，治疗 2 个月，针达 21 次时，症状即完全消失，恢复了家庭劳动，为了观察效果，每月来所针 1 次，观察至 11 月 8 日，又针 6 次，即完全恢复健康，1955 年联系，情况良好。

九、钟梅泉

脾胃虚弱型胃痛(慢性胃炎)《中国梅花针》

王某，男，25 岁，工人。1963 年 8 月 18 日初诊，病历号：59142。因饮食不规律以致胃胀痛 4 年。伴有恶心，欲吐，嗳气，夜寐不安。经北京几家医院检查，诊断为慢性胃炎，服中西药物及针灸等均未收显效。检查：体较瘦，胃脘有轻度压痛，肝脾未触及，脸色萎黄不华，胸椎 5～10 两侧、颌下有条索及结节，并有压痛。脉细弱，舌苔薄。证属脾胃虚弱，拟以健脾和胃为治。根据病证，选用胸椎 5～12 两侧、腰部、上腹部、内关、中脘、足三里、阳性物处进治。采用梅花针治疗 5 次后，胃脘胀痛明显减轻，夜寐转安；继治 10 次后，诸症均见减轻；再治 15 次，症状消失，体重增加 1.5kg，精神愉快。随后选取脊柱两侧、上腹部，重点叩打胸椎 5～12 两侧、中脘、足三里、内关、脾俞、阳性物处。巩固治疗 1 疗程，患者无不适感而停诊。随访观察 5 个月疗效巩固。

十、王秀珍

(一)胃痛(胃神经官能症)《刺血疗法》

李某，女，41 岁，教师。患者自 20 岁时发生胃痛，反复发作 20 多年，多在受凉、天冷时发作，疼痛、嗳气，严重时进食后呕吐。在南京某医院做胃肠造影，无器质性病变。诊断为胃神经官能症。治疗经过：1962 年 9 月来刺血科治疗，取穴曲泽、阳交治疗 2 次，症状减轻，渐至消失。追访至今未再发病，只在受凉后偶有不适。

(二)胃痛(十二指肠溃疡伴胃黏膜脱垂)《刺血疗法》

阮某，男，52 岁，干部。1980 年 7 月 13 日初诊：反复发作性上腹疼痛伴泛酸、嗳气 10 余年。每于春季气温较低时发病，多在饭后 1～2h 发作，痛时呕吐泛酸。大便色黑。近 3 个月胃痛加重，不能进干食，只能吃流质饮食。累经中西药物治疗收效甚微。今年 3 月住某医院做钡餐造影检查诊断为十二指肠溃疡伴胃黏膜脱垂。现症状：上腹胀痛，嗳气吞酸，形体消瘦，头昏乏力，大便干燥，舌苔薄，脉弦细。诊断为十二指肠溃疡伴胃黏膜脱垂。治疗：刺血足三里。8 月 1 日 2 诊，上腹痛稍减，余症尚在。刺血曲泽。8 月 13 日 3 诊，上腹痛大减，知饥思食，全身比前有力，



仍有头昏。刺血太阳、丰隆。9月17日4诊，病情显著好转，已能吃干饭，不泛酸，不嗳气，精神振作，上腹稍有胀痛。刺血曲泽后，症状全部消失。1984年4月胃肠造影复查，十二指肠壶腹部形态不规则，未见胃黏膜脱垂。随访4年余，临床症状消失，未曾出现上腹痛，饭量大增，体重增加10kg。十二指肠溃疡尚未完全修复，胃黏膜脱垂治愈。

【导读】

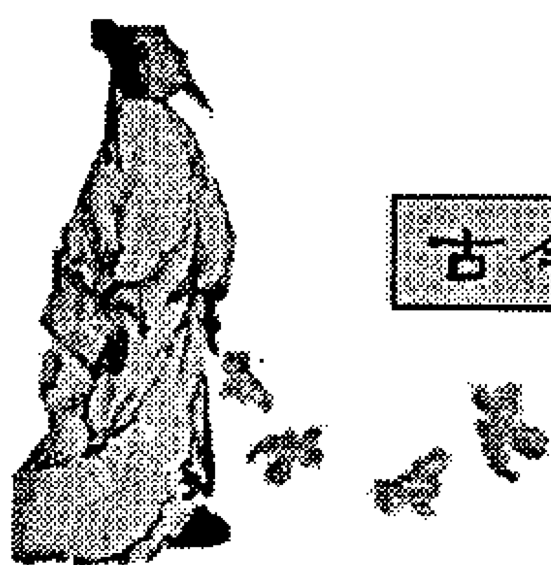
胃痛，又称胃脘痛，是以上腹胃脘部近心窝处疼痛为主症的病证。西医学中急性胃炎、慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡、功能性消化不良、胃黏膜脱垂等病以上腹部疼痛为主要症状者，属于本病范畴。“胃脘痛”之名最早载于《黄帝内经》，并提出其发生与肝、脾有关。唐宋以前文献多称胃脘痛为心痛、心下痛、胃心痛，与属于心经病变的心痛混淆，宋代之后医家对胃痛与心痛混为一谈提出质疑。至金元时代，《兰室秘藏》首立“胃脘痛”一门，将胃脘痛的证候、病因病机和治法明确区分于心痛，使胃痛成为独立的病证。明清时代进一步澄清心痛与胃痛混淆之论，提出了胃痛的治疗大法，丰富了胃痛的内容。《医学真传》从辨证角度理解和运用“通则不痛”之法，为后世辨治胃痛奠定了基础。

针灸治疗胃痛由来已久早在《黄帝内经》就记载有不少治疗处方，其后《针灸甲乙经》、《备急千金要方》、《针灸资生经》、《针灸大成》等针灸著作中记载治疗胃痛的针灸处方尤为详细。

本节所选医案的主治医家认为胃病的发生，主要由外邪犯胃、饮食伤胃、情志不畅和脾胃素虚等，导致胃气郁滞，胃失和降，不通则痛。治疗以理气和胃止痛为主，审证求因，辨证施治。邪盛以祛邪为急，正虚以扶正为先，虚实夹杂者，则当祛邪扶正并举。虽有“通则不痛”之说，但决不能局限于狭义的“通”法，要从广义的角度去理解和运用“通”法。

宋代针灸医家王执中所治病例心脾病、心痛实为胃脘痛，患者日久不愈，以药攻之，其痛反甚，应辨为脾胃虚寒，王执中认为若灸则遍身不胜灸矣。故令患者女儿不拘心腹各以火针微针之，须臾痛定，确有神效。自古至今普遍认为火针对于胃脘痛有明显的止痛效果，如果辨证、取穴准确，针对急性实证胃病则有立竿见影，手到病除之效。针对慢性虚证胃痛，病程较长者，则需3～5d治疗方能缓解疼痛，且需10～20次巩固治疗较为理想。经过对比实验，火针止痛效果确实优于其他疗法，临床应大力推广。

朱汝功医案：朱氏指出胃黏膜脱垂症是胃壁黏膜因异常松弛，而向上进入食管或向下脱入十二指肠壶腹部所致的疾病，概称为“脱垂”，常伴胃及十二指肠的炎症或溃疡发生，属于中医“胀满”或“胃脘痛”范畴。朱氏所治病例辨证为中州气滞，脾胃不和型胃痛，西医诊断为胃溃疡及胃黏膜脱垂。朱氏认为盖人以气为主，宋代医家杨士瀛指出：“人以气为主，一息不运则机缄穷，一毫不续则穹壤判。阴阳之所以



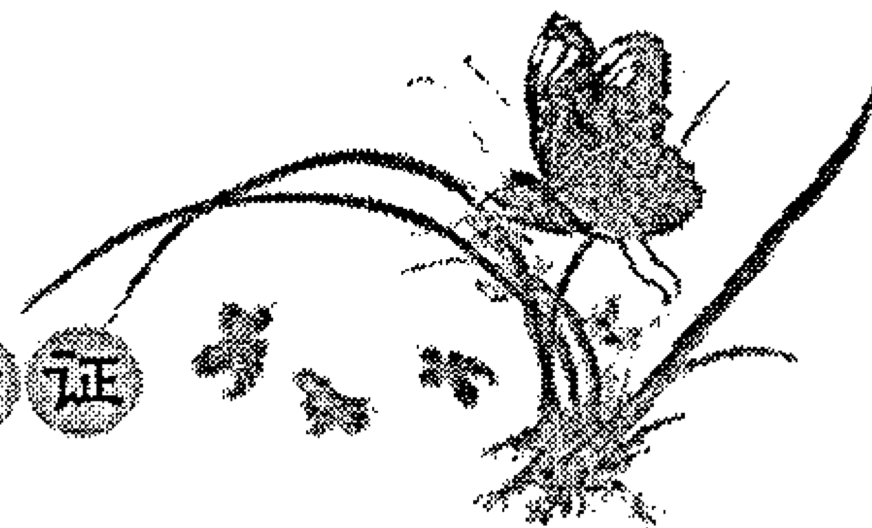
升降者气也，血脉之所以流行者亦气也，荣卫之所以转运者气也，五脏六腑之所以相养相生者亦此气也。”中州气滞，则必然导致脾胃不和，若胃腑之通降失宜，脾脏之健运失司，则必导致食滞中焦，血瘀脏腑，胀满疼痛之症由此而作。朱氏遵先贤孙真人之教诲，刺灸兼施，双管齐下。刺内关、公孙，调阴维冲脉，疏胃心胸之气机；配足三里，统是和胃之穴，用针法以开导之；灸上脘、中脘、下脘，温胃腑之阳气，以利通降之职；配灸脾俞、胃俞、足三里，均是调治脾胃之穴，灸气海是釜底添薪之意，用灸法以温暖之，症情减轻而获痊愈。

魏稼医案：所治病例①辨证为脾胃气虚，肝胃不和型胃痛，西医诊断为十二指肠壶腹部溃疡。用太冲、期门、三阴交、足三里、脾俞、胃俞等穴，治疗的关键在于采用补泻手法的不同，魏氏初用“迎随补泻”中的“随补法”痛仍甚，改用“饿马摇铃”法，用右手拇指、食指捻针柄，如饿马无力之状，缓缓前进则长，后退则短，两指夹针柄持续运转，增加了左右轻摆针柄的时间后，痛即缓解，余症相继消失，“随补法”与“饿马摇铃”两者均为轻而缓的刺激，但手法稍有不同，“饿马摇铃”法可补“随补法”之不足。病例②辨证为肝郁脾虚型胃痛，西医诊断为溃疡病。患者常因思虑过度与情绪紧张而疼痛加剧，诸医多数用健脾建中之法，魏氏认为患者胃脘痛与情志密切相关，应疏肝健脾，理气止痛。改取风池、足三里，疼痛明显减轻。巧用风池是魏氏的临床经验，风池的 7 大作用中有解痉作用，可解除胃肠痉挛，善止胃痛腹痛。

杨永璇医案：杨氏认为胃溃疡，属“胃脘痛”之列，多因长期饮食不节，或精神刺激而发病，临床上有肝胃不和及脾胃虚寒之分。所治病例辨证为脾胃阳虚型胃痛，西医诊断为胃幽门前区溃疡。诊断明确，治用温中散寒，选用足三里、公孙、三阴交、中脘针刺补法，内关针刺泻法，中脘针后加拔火罐，后改用隔姜灸 3 壮，如此针灸拔罐并用，针刺手法通补兼施而病除。杨氏认为如属肝胃不和，木用太过，脾胃久伤，扰动中脘而致胃脘疼痛者，治当泻内关、太冲、支沟、阳陵泉，补足三里、公孙，以疏肝理气，健脾和胃，亦易获效。但胃溃疡之症，治疗易而护理难，疗效高而复发多。凡有溃疡壁龛者，据多方报道，经针治后，无不显著改善或消失。且疗效巩固与否，虽与治疗措施有关，但主要在于治愈后的摄生保养。

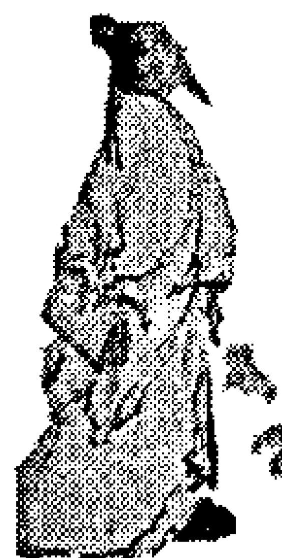
于书庄医案：所治病例辨证为寒邪犯胃型胃痛，病情急重，针对急性胃痛于氏采用募下合配穴法，取中脘，足三里，善疗腑病，针对寒邪犯胃于氏采用针灸并用，散寒止痛，胃痛迅速缓解而愈。

张涛清医案：张氏认为十二指肠溃疡、慢性胃炎、胃窦炎、浅表性胃炎、胃痉挛属于中医“胃脘痛”、“吞酸”、“呕吐”、“心痛”、“肝气痛”等病症范畴，张氏应用自拟针灸经验方“五穴方”：天枢、下脘、关元、足三里、神阙，治疗胃脘痛确有可靠的疗效。所治病例①属中阳虚弱型胃痛，西医诊断为十二指肠壶腹部溃疡。张氏认为针灸治疗十二指肠溃疡，可促进溃疡的愈合，但需要坚持长时间治疗。本证取神阙隔盐灸，温中散寒，足三里、天枢、下脘调整肠胃功能，益胃消胀，配气海、脾俞、胃俞



补脾和胃，消滞止痛，操作时不留针用补法，中阳得温，气机调畅，痛止胀消，临床症状消除，机体恢复健康。病例②辨证为肝气郁结型胃痛，西医诊断为胃窦炎。因属肝气郁结病属气滞，故以胃痛、腹胀为主，兼见烧心，呕吐酸水，胃痛连及胁肋，治疗取神阙艾条温和灸，以活血止痛；天枢，足三里、下脘，气海进针得气后平补平泻，调理肠胃之气以止痛；配太冲施以大幅度捻转强刺激泻法，疏肝理气止痛，如此诸穴相配，针灸合用，有疏肝和胃、理气止痛之效。张氏认为胃痉挛多发生于青壮年，常因饮食不节，饥饱无常或因过食生冷，寒邪犯胃，阳气失于舒展或情志不畅，忧郁恼怒，气郁伤肝，肝失疏泄，横逆犯胃而发生，病例③辨证为寒邪犯胃，寒凝气滞型胃痛，西医诊断为胃痉挛，患者疼痛较重，张氏仍用“五穴方”，取神阙隔姜灸温中散寒；取天枢、下脘、足三里、气海进针得气后，施以大幅度捻转，反复提插，行强刺激泻法，留针并间歇运针，和胃理气止痛；配肝俞疏肝理气以止痛，诸穴远近相配，针灸并用行气和血，缓急止痛。张氏认为中医学文献没有胃炎病名的记载，但对胃痛早有认识，《素问·至真要大论》篇最早记载了“木郁之发，民病胃脘当心而痛”，后世历代医家在针灸治疗胃脘痛方面积累了许多宝贵的经验。张氏临床体会到，胃炎的发生主要是寒邪犯胃，情志不畅，饮食不节三方面，除腐蚀性胃炎外，其他各型胃炎都属针灸治疗适应证，止痛快，消炎好，无药源性副作用，怕针刺者可选用耳压胃、脾、交感、神门，也是临床有效方法，值得推广应用。病例④辨证为肝胃郁热型胃痛，西医诊断为浅表性胃炎。张氏认为治疗本病的关键是“肝以疏为补”，“胃以通为补”的治则，仍然选用“五穴方”，去神阙加阳陵泉疏通经络，清热理气导滞，气调热清而病愈。病例⑤辨证为气血凝滞，瘀血阻络型胃痛，西医诊断为慢性胃炎，张氏仍取“五穴方”去神阙加三阴交、膈俞、膻中、进针得气后行提插捻转手法，留针20min，不仅痛止，且上腹部硬块消失，诸症消失。病例⑥是慢性胃炎患者，有10年病史，因贪食而复发，辨证为饮食停积，食滞伤胃型胃痛，西医诊断为慢性胃炎急性发作。治疗取“五穴方”加建里，胸8～12夹脊穴，进针后提插捻转得气后，施以泻法不留针治愈。病例⑦辨证为脾胃阳虚型胃痛，治疗取“五穴方”加中脘、脾俞、胃俞、肾俞。进针得气后，施以提插捻转补法，留针30min，针后艾卷温灸脾俞、胃俞、肾俞，每日1次，取益火之源，以消阴翳之法，诸症悉除。由此可见张氏的“五穴方”确为治疗脾胃病的经验之方，不过张氏善于针对不同证型加减用穴，不断变换操作方法，及时调整补泻手法而已。

邱茂良医案：邱氏认为古代医籍虽无针灸治疗消化性溃疡的记述，却有对消化性溃疡常见症状的治疗，20世纪50年代以后关于消化性溃疡针灸治疗经验的报道日渐增多。邱氏曾单用针灸对100余例消化性溃疡进行临床观察，发现所有患者病程均较长，全身营养状况较差，面色少华，精神欠佳，故此中气虚弱是其根本原因，而脾阳虚与脾胃阴虚是其两种基本表现。还可因中气虚弱，运化无权形成气滞证，久则形成血瘀证，但都是在脾胃虚弱的基础上产生。针灸对消化性溃疡有一定



的疗效，除有严重并发症应配合药物或其他方法治疗外，一般都可单用针灸治疗。针灸治疗以调补中气为主，配合行气、活血、温中等法。针灸处方以俞募原穴为主，如：胃俞、脾俞、中脘、足三里、章门、阴陵泉等，临床可根据病情加减出入，常能获得较好疗效。所治病例①辨证为中气久虚，瘀阻于中型胃痛，西医诊断为十二指肠壶腹部溃疡，本例病程中变化较多，初为中虚气滞，中见血瘀留着，复见肝气失调，最后则中虚明显，治疗法经数易，方告痊愈。说明临证时特别应注意根据病情加减用穴。病例②辨证为脾胃不和，肝气郁结型胃痛；西医诊断为十二指肠溃疡，看似胃家邪实，但因病证迁延，正气必虚，结合其临证表现，可鉴其为本虚标实之证。患者中土本虚，敦阜不充，土虚木乘，则见肝气横逆犯胃之征象。治疗取穴肝俞、脾俞、胃俞、中脘、梁门、气海、足三里、内关等，均针后加灸，用补法，一手扶脾益气，一手调肝和胃，补虚泻实，标本兼顾，才能获得疗效。病例③辨证为中阳不振，胃失濡养型胃痛；西医诊断为胃及十二指肠溃疡。治疗当温中健脾，和胃止痛。取肝俞、胃俞、中脘、气海、内关、足三里等穴，采用提插捻转补法，均针后加灸，中脘穴在针上用艾盒熏灸，胃脘痛未再复发。病例④辨证为寒邪犯胃型胃痛，西医诊断为胃溃疡，取中脘、内关、梁丘、足三里，用提插捻转泻法，中脘穴加温针灸。留针至痛止。再针胃俞、脾俞及后背部的压痛点，并用灸罐熏灸，起针后拨罐。症状完全消失，体现出数法相合的作用。邱氏认为慢性胃炎是一种胃黏膜慢性炎性病变为主的疾病，根据胃镜检查，可分为慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎、慢性肥厚性胃炎。根据临床症状可归入“胃脘痛”、“痞满”、“呕吐”的范畴，早在《黄帝内经》就有针灸治疗慢性胃炎常见症状的记载，《针灸甲乙经》、《备急千金要方》、《针灸大成》有很多治疗处方，对后世治疗慢性胃炎有重要参考价值。慢性胃炎有疼痛、痞满、呕吐等症状，一般分为肝郁气滞、脾胃虚寒、阴虚胃热 3 个证型，治疗实证宜用募穴及腹部腧穴，配下合穴，治疗虚证宜用俞募穴配原络穴，临证时还需酌情加减用穴。病例⑤辨证为肝郁化火，灼伤胃阴型胃痛，西医诊断为萎缩性胃炎，取肝俞、胃俞、中脘、期门俞募同用，行捻转补法，以调理肝胃；取廉泉、足三里、三阴交、太溪以养阴生津；取行间、内庭两穴泻法，以清肝胃之热，后用黄芪注射液注射肝俞、胃俞两穴，以复气阴，后症状完全消失，纳食增加，精神好转。病例⑥辨证为饮食积滞，胃气壅滞型胃痛，伤食胃痛，治当消食导滞，行气通腑。本例取中脘、气海，一上一下，和胃通肠，以行腑气。公孙穴《针灸大成》谓其主治“九种心疼涎闷，结胸翻胃难停，酒食积聚胃肠鸣，水食气疫膈病。”乃消积化滞之验穴。诸穴合用，腑畅而积消，故可获效。病例⑦辨证为脾胃气虚型胃痛，西医诊断为慢性浅表性胃炎。患者素体中虚，加之风寒外袭，内外相召，则胃痛由作。本病采用穴位注射治疗方法，取穴胃俞、肝俞、脾俞、足三里、阳陵泉。用黄芪注射液进行穴位注射，水针疗法，针药结合，既取针刺之和胃止痛之效，又有药物之健脾补虚之功，一石双鸟，故可收散寒止痛之效。

郑魁山医案：郑氏根据多年临床经验认为，中脘、足三里合用统治一切胃痛。



中脘为胃之募穴，用金鸡啄米法，使针感向小腹传导，足三里为胃之下合穴，用关闭法，使针感向上传导至胃脘为佳。郑氏所治病例辨证为脾胃虚寒型胃痛，采用健脾养胃、温中散寒之法，取上脘、中脘、内关、足三里，用热补法取效。

钟梅泉医案：钟氏认为慢性胃炎属中医"胃脘痛"范畴。慢性胃炎患者在胸椎5～12两侧有条索及压痛，颌下可摸到结节或压痛，胃脘部有压痛，上腹部皮肤可见粗糙，足三里穴有压痛。梅花针对本病有较好的疗效，但要经稍长时间的治疗，梅花针叩刺一般采用中等强度刺激；胃脘痛甚，症状明显时采用较重刺激手法，每日可治疗2～3次。在阳性物和阳性反应区均采取较重刺激手法。所治病例辨证为脾胃虚弱型胃痛，西医诊断为慢性胃炎，钟氏选用胸椎5～12两侧、腰部、上腹部、内关、中脘、足三里、阳性物处采用梅花针治疗后，胃脘胀痛明显减轻，夜寐转安，诸症消失。

王秀珍医案：王氏认为十二指肠溃疡属中医的胃脘痛，其病因脾胃虚弱，饮食不节，寒温失调，七情郁结，气机逆乱，引起气滞血瘀，脏腑经络气血不通导致胃脘疼痛。唐容川说："瘀血在经络，滞碍而涌。"叶天士以宣络法治"久病胃痛瘀血积于胃络"。现代医学实验观察，消化性溃疡在病变发作期间，局部组织有水肿、充血、坏死的变化。两者的认识是相吻合的。所治病例①辨证为胃痛（胃神经官能症），有20年病史，病例②辨证为胃痛（十二指肠溃疡伴胃黏膜脱垂）也有10年病史，符合"久病多瘀"的说法，刺血治疗旨在调整脏腑经络的气血运行，气血调达则疼痛自去。

第十二节　胃　　缓

一、陆瘦燕

脾气式微，痹居经隧型胃痛缓（胃下垂）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

曹某，女，40岁。1963年5月17日初诊。血虚失濡，络隧空疏，风湿外袭，乘隙而据，遂故膝踝壅肿酸痛已4年。中西迭治，诸法遍试，迄未成效。迩来脘宇不舒，胃府湿壅，阳明失其束筋骨而利机关之能，故步履酸软；土难御木，风木乃动，故胁肋隐痛，心血本虚，风湿来扰，肝木自摇，故心惊胆怯。太冲、太溪、冲阳三脉俱偏细，苔薄白。此胃气失和，痹居经隧之证，治当标本两顾。处方：取穴为神门（双）＋、内关（双）＋、太溪（双）＋、足三里（双）＋、太冲（双）－、居髎（双）－、内外膝眼（双）－；手法为捻转提插补泻。1963年5月20日2诊，针后脘胀得舒，但食后胃病未除，脐周有动悸应手，肢节酸冷麻木、畏风，病久抑郁寡欢，土虚本难御木，因抑郁而木火愈旺，充斥肆逆，脾气式微，乃致生化之源告乏，气血更虚，营不营于脉中，卫不卫其脉外，内秉既虚，藩篱亦疏，于是肉瞤筋惕，肢冷更著。唯有缓图，难求速效，



法拟健运中气以资宣达。处方：取穴为中脘＋、下脘＋、气海＋、天枢（双）－、胃俞（双）＋、脾俞（双）＋、内关（双）＋、足三里（双）＋、居髎（双）－、内外膝眼（双）－；手法为捻转提插补泻。1963年5月24日3诊，脉象细濡，舌苔薄白，脘闷、嘈杂、纳食有增，肩及肢节酸冷，冲服脉稍起，法从原议。处方：取穴为中脘＋、下脘＋、气海＋、天枢（双）－、胃俞（双）＋、肾俞（双）＋、内关（双）＋、足三里（双）＋、居髎（双）±、丘墟（双）±、阳陵（双）±（均阴中隐阳法），肩髃（双）＋（烧山火法）；手法为捻转提插补泻。1963年5月27日4诊。营卫不和，脉络空疏，风邪外袭，肩踝寒冷酸痛。施烧山火法，无热感出现，余穴得气亦迟，难治之症也。脉濡细，苔薄白，法从原议，佐以局部拔罐。1963年5月31日5诊，肩痛虽减，仍恶风吹，脘宇胀痛，纳后甸甸，有下垂之感，天枢、气海有压痛拒按，脉濡苔薄。病属中气衰颓，仍拟和中理气之法。处方：取穴为胃俞（双）＋、肝俞（双）－、肾俞（双）＋、天枢（双）－、气海＋、足三里（双）＋、肩髃（双）±、臂臑（双）±（均阴中隐阳法）；手法为捻转提插补泻。1963年6月3日6诊，昨起腹泻5次，腹胀肠鸣，神疲纳呆，右肩酸冷，腰尻酸楚，寒袭下焦，法主温散。处方：取穴为天枢（双）－、气海＋、大肠俞（双）＋、肩髃（右）±、肩髎（右）±、肩贞（右）±（均阴中隐阳法）、臂臑（右）＋（烧山火法）、上巨虚（双）＋、足三里（双）＋；手法为捻转、温针。1963年6月7日至14日7～9诊，脘痛纳呆，胸闷，腰胁酸胀，食后脘腹有胀重感，脉濡细，苔薄白根腻。脾运失健，中气下陷，拟补中益气法，又脾属太阴，湿土非温运莫能致效，宜予灸治。处方：上脘△、中脘△各7壮，灸法如麦粒。检查：肠胃钡剂造影。1963年6月17日10诊，症势如前所述，仍守灸治。处方：下脘△、气海△各7壮，艾炷如麦粒。1963年6月19日至28日11～15诊，6月17日肠胃钡餐造影结果：胃下极在髂嵴线下9cm，蠕动及张力均差，钡剂后2h，胃内钡剂尚存40%，系脾土虚寒，中气下陷。经云："阳气者，精则养神"，阳虚故神态疲惫；又阳主煦运，阳运不力，故浊阴弥漫而畏寒、溏泄、腹胀、纳呆，诸症丛生矣。然自施灸以来，精神渐振，脘痛渐减，已得温阳之效，但腹胀、肢冷、溏泄未已，脉来濡细，苔薄白根腻。仍同脾肾虚寒，醒脾阳、温肾气，乃一定之治法，仍以灸焫。处方：气海△、脾俞（双）△、胃俞（双）△、足三里（双）△、天枢（双）△、上巨虚（双）△、肩井（双）△，隔日轮流中炷灸7～9壮。1963年7月13日16诊，丽照当空，阴霾自散，继续灸治以来，脘宇渐畅，大便亦趋正常，脉濡转力，苔腻化薄。病势已入佳境，皆是温阳之力也，仍当再踵前意，并嘱在家养火4周，以避就诊往返之劳。处方：脾俞（双）△，中炷灸7壮。停诊期间，灸疮已发，嘱日以灸疮膏换贴之。1963年7月31日17诊。俗云："养火百日"，又云："灸火容易养火难"，甚言其调摄之宜慎也。而乃起居不时，又为风寒之邪所袭，来复之阳，遂遭阻抑，近来背膂酸楚，俯仰维艰，脉细，苔薄，急宜扶正达邪。处方：取穴为风池（双）－、大杼（双）－、膈俞（双）＋、肾俞（双）＋、脾俞（双）＋、内外膝眼（双）－；手法：捻转提插补泻。1963年8月2日至16日18～22诊，以未复之体，而当虚邪之风，症势又见反复，神



疲纳少，脘痛又作，目花头晕，四肢酸软，背部沿足太阳经牵掣引痛，下及腘腨，脉来弦数，舌苔薄黄。治从扶脾悦胃，疏调太阳。处方：取穴为肠俞（双）＋、胃俞（双）＋、肾俞（双）＋、三焦俞（双）－、委中（双）－、昆仑（双）－、足三里（双）＋、内关（双）＋、公孙（双）＋、环跳（双）－、秩边（双）－，上穴酌选轮用。手法：捻转提插补泻。1963年9月3日23诊，胃纳已增，脘腹渐舒，无下垂之感，四肢寒冷亦渐还暖，迩来下肢酸楚较著，背部仍觉拘急，脉转有力，治从养营蠲痹。处方：环跳（双）－、秩边（双）－、阳陵（双）－、犊鼻（双）－、足三里（双）＋、大杼（双）－、丘墟（双）－、肾俞（双）＋；手法：捻转提插。1963年9月3日至11月18日24～35诊，迩来气候暴暖骤寒，腠理开阖不时，风寒之邪窜入络隧，酸痛游走，时而右肩左腕时而腰中尾尻，时而两胁髀枢，大抵两膝为最，而右膝右踝则壅肿，着而不移，局部麻木不仁，脉濡苔薄。治拟循经取穴，以养营蠲痹。处方：取穴为肩髃（双）－、曲池（双）－、合谷（双）－、阳陵（双）－、内外膝眼（双）－、足三里（双）＋、商丘（双）－、丘墟（双）－、秩边（双）－、肾俞（双）＋、居髎（双）－；上穴酌选轮用。手法：捻转、温针。1963年11月22日36诊，舌苔薄白，脉势渐平，胃纳已健，四肢还暖，酸痛亦得轻减，脘宇舒适而无胀重之感，症势已趋稳定，拟予X线复查，治从前法。处方：取穴为内外膝眼（双）－、阳陵泉（双）－、足三里（双）＋、昆仑（双）－、商丘（双）－；手法：捻转提插。上消化道钡剂透视结果：胃无空腹液潴留，胃下极在髂嵴下4cm，蠕动张力尚好，钡剂后2h，钡剂已接近排空。与6月19日片对照比较，胃下极上升5cm，蠕动及张力由差而恢复正常，钡剂后2h，原来钡剂残留40%，现已接近排空。

二、张涛清

脾胃虚弱，中气下陷型胃缓（胃下垂）《张涛清针灸治验选》

傅某，女，40岁，医生，1974年1月初诊。自诉：1970年初开始胃脘疼痛，剧烈时难以忍受，不能进食，有时稍食少量食物即觉胀痛。下坠感明显。口中黏臭。同年8月作胃肠钡餐造影。发现胃大弯下界在髂嵴联线下14cm，余未发现异常。曾用中西药物治疗，均不见减轻。有时因饮食不当引起剧烈疼痛，恶心，呕吐，直至胃内容物全部吐出方能缓解。1974年1月，因进食玉米面条（俗称钢丝面）而致胃脘剧烈疼痛，持续2～3d不能进食，食入即吐，上腹部不能按抚，遂来我院要求针灸治疗。检查：精神不振，面色无华，苔白厚，舌质淡，脉沉缓无力，诊断为胃下垂。辨为脾胃虚弱，中气下陷，治宜健脾和胃，升阳益气。取穴：腹哀、足三里、三阴交。手法：先取腹哀透关元，进针得气后，再取足三里、三阴交，均施以平补平泻不留针手法，隔日针治1次。针治12次后，患者症状明显减轻，疼痛缓解，下垂感明显减轻，恶心感消失，食欲好转，唯于饮食不当时偶有不适感。1974年3月11日再作X线钡餐胃肠造影复查，胃体呈鱼钩形，大弯下界在髂嵴联线上1cm，其他未见消化道明显病变。1977年随访，患者治疗后3年多，胃脘痛病再未发生。

三、郑魁山

(一)中气下陷,脾胃虚弱型胃缓(胃下垂)《郑氏针灸全集》

邱某,女,21岁。因胃痛,腹胀6个月,1974年5月20日来我院。患者1973年12月发现胃痛,腹胀,食欲逐渐减少,嗳气,现在每天食量不足250克,身体逐渐虚弱,疲乏无力。经服药物治疗效果不显。X线钡餐造影检查:胃小弯在髂骨嵴联线下4cm,身体消瘦,腹部松软无压痛,面黄,舌苔薄白,脉沉缓无力。中医辨证系中气下陷,脾胃虚弱。采用补中益气,调整脾胃之法治之。取中脘透下脘、天枢透外陵、气海透关元、足三里,用热补法,留针10~20min。针治10次,胃痛、腹胀减轻。X线钡餐检查:胃小弯在髂骨嵴联线下2cm,治疗到同年7月15日,针达30次时,症状完全消失,X线钡餐造影检查,胃小弯在髂骨嵴。

(二)中气不足,肾气虚损型胃缓(胃下垂)《郑氏针灸全集》

王某,男,33岁,教师。因腹胀1年,1974年6月23日初诊。患者9年前患阳痿早泄,去年夏季开始腹胀,饮食减少,现在食量每天不足250g;食后饱满腹胀,嗳气,上腹部坠痛,大便时干时稀;身体逐渐虚弱,疲乏无力,有时心慌。X线钡餐造影检查,胃小弯在髂骨嵴联线下4cm。心电图检查,窦性心率过缓及心律失常,身体消瘦,面黄,脐周压痛,舌苔黄厚腻,脉迟无力,48/min,左不及右。中医辨证系中气不足,肾气虚损。采用补中益气、培元固肾之法治之。取中脘向下斜刺透下脘,天枢向下斜刺透外陵,气海向下斜刺透关元,足三里、肾俞用补法。治疗至7月5日,针达10次时,腹部即不胀,饮食增加,心慌和疲乏减轻。治疗至7月13日,针达17次时,阳痿逐渐好转,精神体力增加。X线钡餐造影检查,胃小弯在髂骨嵴联线下0.5cm。治疗至7月29日,针达27次时,每天食量增至500g以上,脉缓有力,70/min。X线钡餐造影检查,胃小弯在髂嵴联线上2cm。治愈回原籍,恢复了工作。同年10月6日复查,情况良好。

(三)中气不足,胃中虚寒型胃缓(胃下垂)《郑氏针灸全集》

王某,男,29岁,职工。因胃病、腹胀2年,1974年5月20日初诊。患者1965年开始吞酸、嗳气,1972年2月开始胃痛、腹胀,尤其是饭后上腹部饱胀、沉重,有向下坠的感觉,口干苦,吐酸水,食欲减退。X线钡餐造影检查,胃小弯在髂骨嵴联线下4cm,十二指肠壶腹部有0.5cm×0.5cm龛影。舌苔白腻,脉沉细而缓,腹部膨胀,上腹部压痛。中医辨证系中气不足、胃中虚寒。采用补中益气、温中散寒之法治之。取中脘向下斜刺透下脘,梁门向下斜刺透关门,天枢向下斜刺透外陵,气海、足三里、公孙、脾俞、胃俞,用补法,治疗至5月24日,针治4次时,胃即不痛,治疗至7月2日,针达30次时,症状基本消失,饮食增加,X线钡餐造影检查,胃位置稍偏低,基本正常,胃和十二指肠壶腹部溃疡病灶已消失,回原籍恢复了工作,同年9月12日复查,胃位置正常。



四、邱茂良

中气虚弱,清阳下陷型胃缓(胃下垂)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

王某,男,43岁,工人。因脘腹坠胀而痛1年余来诊。据称曾患胃病多年,饮食甚少,形体渐瘦,去年以来,感到从上腹抵下腹坠胀,甚时作痛,饱食后尤甚,喜得温按,大便或干或溏,按其上腹有振水声,精神疲乏,面色萎黄,舌质淡,苔白腻而滑,脉细弱。据症状分析,胃病多年,中气虚弱,气虚则清阳下陷,导致胃体下垂,故作坠胀而痛;由于中气虚弱,运化无权,水饮停留,故按之漉漉有声,水为阴邪而重浊,潴留不去,不仅中阳日损,且促进胃体下垂,加重坠胀症状。据证分析,中气虚弱,为病之本,水饮停潴,为病之标,本虚标实,宜先治其标,用温中化饮法。取穴:中脘、气海、足三里、阴陵泉、脾俞、胃俞等。分两组交替应用,每日1次,重用灸法。连续两个疗程,腹部坠胀减轻,饮食稍增,精神较振,乃为其使用"二针提胃法",取双侧梁门穴,用4寸长针进针后,沿腹肌向下针刺约3寸许,行针得气后,双手将两侧的针同时徐徐向上提起,边提边退,经2~3min后退出,挺针时患者同样有强烈的针感和收缩感,由下而上地集中于胃部,每日1次。经治疗10次后,腹部坠胀感消失,饮食增多,精神渐增,经X线钡餐透视,胃位置由原来胃小弯在髂嵴联线以下4cm,上升至与髂嵴联线平,症状消失,体质转强。临床上同样病例较多,采用先治标,后治本的方法疗效较好。

五、肖少卿

脾胃虚弱、中气下陷型胃缓(胃下垂)《中国当代针灸名家医案》

张某,男,52岁,农民,1979年8月2日初诊。主诉:食后腹胀,兼有嗳气,消化不良,恙延10余年。根据某医院钡透证明,胃底在两髂联线下3cm,诊断为"胃下垂"。服用补中益气丸等,未见效果。今来求治于余。证见:形体消瘦,面色萎黄,食欲不振,食后胃部感到沉重、下坠,脘腹痞闷。检查:神志清楚,面色萎黄,心肺正常,腹部平坦,肝脾未触及。舌淡,苔薄白,脉细而缓。诊断:胃下(胃下垂),脾胃虚弱、中气下陷型。治疗:补中益气,升提举陷。取穴:上穴提胃三点(水突右、滑肉门透梁门双)、中脘、气海。操作:上穴提胃三点用毫针针刺,用平补平泻手法,隔日1次,每次留针30min。中脘、气海用大艾炷灸5~7壮。经针灸4次后,胃胀及下坠感大减;10次后,胃胀、下坠感消除,食欲渐佳。用超声波胃空腹饮水试验,饮水500ml后,胃上投平剑突下3cm,胃下投平脐上5cm。为了巩固疗效,又按上述针灸方法针灸10次,痊愈。



六、肖永俭

中气下陷型胃缓(胃下垂)《中国当代针灸名家医案》

杨某,女,21岁,职工,济南市人,1972年9月4日初诊。主诉:饭后胃脘部胀满2年余。病史:患者2年来经常饭后上腹部饱胀,卧位减轻,站立步行加重,胃纳呆滞,肢体倦怠,大便干结,小便黄。检查:面黄,消瘦,舌质红,苔薄白,脉沉弱。心肺无异常,腹部凹陷,肝脾未触及。X线钡餐造影检查,胃角切迹在髂嵴联线下5cm。诊断为胃缓(胃下垂),中气下陷型。治疗:健脾调胃,补中益气。取穴:内关、提胃、胃上、足三里(均双侧)、中脘、气海。操作:电针刺法。每日1次。中脘、提胃、胃上穴均呈45°角向气海方向针刺深1寸,余穴直刺。用间动电疗机疏密波,负极接中脘,正极分5叉分别接双提胃、胃上及气海,电量以腹肌收缩和能忍受为宜,通电30min,12次为1疗程,疗程间休息3d,共治疗32次,症状消失。X线钡餐造影检查,胃角切迹平髂嵴联线。6年后症状未复发,X线钡餐造影检查正常。

七、刘冠军

胃缓(胃下垂)《中国当代针灸名家医案》

李某,女,47岁,工人,于1973年4月初诊。主诉:腹胀重坠已6个月。病史:患者饱食之后,过劳伤气,随发脘胀,时发嗳气,小腹重坠,服健脾养胃之品,时好时犯,近日腹胀重,便时干时稀,纳减,疲乏无力,经厂医院X线造影检查钡餐,胃小弯髂嵴联线下6cm。检查:体弱肌薄,面淡黄。苔白腻,脉沉缓,右关沉弱无力。诊断为胃缓(胃下垂)。治疗:升阳益气,温运脾阳。取穴:胃上穴、天枢、百会、气海、脾俞、足三里。操作:先请患者仰卧屈膝,按顺时钟方向按摩腹部20次,然后将拇、食指分开。用虎口从耻骨联合上缘推按,使胃底上举,另一术者,取4寸毫针,从胃上穴沿皮刺到天枢,行温补法,加电针,再行百会、气海温针,留针20min,至患者感觉胃体上抽后出针,乃让患者高尾盘卧,行腹式呼吸100次,然后温针脾俞、足三里。照上法连续30d,治疗25次,胃胀消除。脉来缓而有力。X线钡餐造影检查,胃小弯在髂嵴联线上2cm,较治疗前提高8cm。

八、李一清

脾胃虚寒型胃缓(胃下垂)《中国当代针灸名家医案》

钱某,女,40岁,职员,1988年7月23日初诊。主诉:胃胀胃痛10年,加重2个月。病史:该患10年前泻痢愈后,遗胃脘胀痛,嘈杂,嗳气,时轻时重。曾2次住院针灸、按摩、服药,症状得以缓解。近2个月来因劳累而胃纳差,脘腹坠胀,饭后加重,隐痛绵绵,乏力,畏寒,大便多秘,时有便溏,形体渐羸而求医。检查:体弱消瘦,贫血容貌。心肺未见异常。腹部平软,上腹轻度压痛,肝脾未触及。闻脐下有



振水音。X线钡餐造影检查：胃小弯弧线在髂嵴联线下6cm。化验肝功能正常。舌质淡红，苔薄白，脉细弱。诊断：胃缓（胃下垂），脾胃虚寒型。治法：升阳益气，温经固本。针灸与按摩并用，医疗与调护相结合。取穴：①腹部按摩，推胃扶正法。②芒针法：上脘穴。③电针法：胃上穴、提胃穴。④温针灸法：气海、关元、脾俞、胃俞、肾俞。操作：①患者仰卧屈膝，术者立于床的右侧，顺时针摩腹5～7次，寻找胃底部（下垂边缘）徐徐推胃扶正。②芒针法：选28号7寸长芒针，从上脘穴刺入，与皮肤约呈25°角，将针体沿皮下、肌层捻转推进至脐。③电针法：取胃上穴与提胃穴，行针得气后，用脉冲电流疏波刺激穴位。④背部俞穴与气海、关元，行温针灸法15～20min，每日1次，10d为1疗程。依上法取穴操作2个疗程胃痛、脘腹坠胀消失，胃纳增加，治愈（钡餐透视胃小弯弧形线恢复到髂嵴联线以上）。

九、杨兆民

胃缓（胃下垂）《中国当代针灸名家医案》

徐某，男，46岁，工人，1980年4月6日初诊。主诉：脘腹坠胀3年。病史：患者3年前自觉胃脘部隐痛不适，饭后及劳累后腹胀加重。经X线钡餐造影检查，诊断为胃下垂（胃小弯角切迹在髂嵴联线下4cm处）。经服中西药物治疗数十次，症状改善不甚明显，故来我处求诊。现症：脘腹坠胀、隐痛，时感胸闷泛恶、纳呆。检查：面色萎黄，形体消瘦，精神倦怠，舌淡苔薄，脉细。诊断为胃缓（胃下垂）。治疗：补中益气，健脾和胃。取穴：百会、中脘、梁门、气海、关元、足三里。操作：百会大艾条悬灸，中脘、梁门、气海、关元隔粉灸，足三里温针灸。每隔2日灸1次，经过25次治疗后，症状大为改善，X线钡餐造影复查，胃小弯已基本回复至髂嵴联线水平处，近期疗效显著，为巩固针灸疗效，授以简易气功方法，嘱其坚持锻炼，注意调摄，多次随访，基本稳定。

十、吴秀锦

中气下陷型胃缓（胃下垂）《中国当代针灸名家医案》

刘某，男，48岁，干部，1981年4月6日初诊。主诉：腹部胀痛1.5年。病史：患者平素常嗳气，食后有胃下坠感，需平卧约20min后才好转，每餐饭量由200g渐减为50g左右，形体日益消瘦，神疲乏力，便秘。检查：舌体胖边有齿印，舌质色淡，苔白略厚，脉右寸关弱。穴位触诊发现双侧足三里至阳陵泉共有3个纵向的条索状反应物和9个梭状反应物，左侧阳陵泉后方又有一串珠状反应物，中脘有一梭状反应物，左侧胃俞凹陷，X线钡餐造影检查见胃下极在髂嵴联线下16cm。诊断为胃缓（胃下垂），中气下陷型。治疗：调理脾胃，补益中气。取穴：胃俞、足三里。操作：二穴轮流使用，用羊肠线埋线法。初诊时取胃俞3d后嗳气明显减轻，胃下坠感也好转，食量开始恢复。10d后作第2次治疗，取双侧足三里埋线又10d。后复取

胃俞作第3次埋线。经3次治疗后,诸症基本消失,食量已增为每餐150g,钡餐造影复查见胃已回升9cm。6个月后随访疗效巩固,体重增2.5kg,生活、工作照常。

十一、张　祥

胃缓(胃下垂)《中国当代针灸名家医案》

王某,男,42岁,工人,1984年6月初诊。主诉:胃脘隐痛,食后腹胀、腹部下坠3年。病史:3年前,因饮食不节,胃脘绵绵作痛,腹胀、腹部有下坠感,久立、劳累后加重。伴纳少,乏力。体重6个月内由60kg减至49kg。检查:精神不振,面色萎黄,身体消瘦。胃脘部有轻度压痛。X线钡餐透视显示,胃下极在髂嵴联线下9cm。舌淡胖,苔白润,脉沉细。诊断:胃缓(胃下垂)。治疗:健脾补肾,升阳益胃。取穴:鸠尾、肓俞。操作:以8寸毫针垂直刺入鸠尾穴皮下,再以30°角斜刺捻转进针直达肓俞,待患者产生下腹抽掣感即留针,每5min雀啄1次,留针40min出针,令患者平卧或右侧卧位2h。3d内进易消化饮食,每周治疗2次为1个疗程。该患者共治疗1个疗程,诸症悉除,体重增至53kg。1个月后X线钡餐复查:胃下极在髂嵴联线下4cm。

十二、葛书翰

脾胃虚弱型胃缓(胃下垂Ⅱ度)《中国当代针灸名家医案》

林某,女,21岁,护士。主诉:饭后腹胀、下坠感1年余。病史:自1985年底开始,餐后出现腹胀、下坠感,饭后躺一会儿,症状能够缓解,经常嗳气,进食减少,每日仅能吃30g主食,全身无力。检查:身高162 cm,体重40kg,体形消瘦,上腹部凹陷。上消化道钡餐造影检查:胃下极在髂嵴联线下9cm。面色皖白,舌质淡,苔薄白,脉沉细。诊断:胃缓(胃下垂Ⅱ度),脾胃虚弱型。治疗:补中益气,升提举陷。取穴:在巨阙透肓俞(左)。操作:选用26号长针,在巨阙穴进针针尖刺入皮下后,针体沿皮刺至左侧肓俞穴处。然后手持针柄与皮肤呈45°角慢慢上提,第1次提针20min,出针后卧床休息1h。自第2次后,每次提针5min,出针后卧床休息10min。针10次后,饭后腹胀明显减轻饭量较前增加。针20次后,饭后腹胀、下坠感基本消失。每日能吃500g主食,体重较治疗前增加2.5kg。上消化道X线钡餐造影复查:胃下极在髂嵴联线下4cm。

十三、贺普仁

中气不足,脾阳不举型胃缓(胃下垂)《针具针法》

赵某,女,29岁。胃脘不适,经常恶心呕吐,继而胃痛,腹胀,嗳气。曾在医院X线钡餐造影检查,诊断为"胃下垂"(12cm)。食欲不振,食后发坠,面色萎黄无华,语声低弱,四肢无力,月经量少,大便不调,舌质淡白,脉细弱无力。辨证:中气不



足，脾阳不举。治则：健脾和胃，补中益气，升阳举陷。取穴：①中脘、内关、足三里；②脾俞、胃俞。针后脘闷气胀减轻，食欲渐增，下坠感消除，大便如常，共治疗10次，X线钡餐造影检查胃的位置正常，症状消失，痊愈。

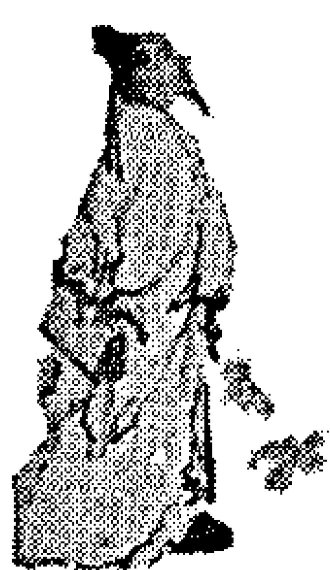
【导读】

胃缓多由胃膈筋膜及腹肌松弛无力，不能使胃固托于原位而引起的一种内脏下垂疾病，亦称"胃下"。常伴有脾胃功能障碍而致胃脘疼痛，恶心，呕吐，腹胀，有下坠感，食欲不振等症。现代医学由胃平滑肌张力减退、腹内脏器韧带松弛所致胃下垂属于本病范畴。《灵枢·本脏》认为胃缓是由于胃弱体虚"胃不坚"、"下管约不利"所致。后世医家认为，胃缓多因脾胃虚弱，运化失司，中气虚则不能升举，因虚下陷，故使内脏下垂，胃体随之下坠。

针灸治疗胃下垂古代文献并无明确记载。现代文献首见于承淡安的《中国针灸学》，近年来对本病的研究逐渐增多，出现了透刺、灸法、电针、芒针及水针等多种疗法，各地有关报道较多，针灸治疗本病有补中益气，健脾和胃之功，能使中阳振奋，谷气健运，脾气充实，胃气通和，下坠之胃得以回升而病愈。

陆瘦燕医案：陆氏所治病例久痹而兼胃痛，因心血本虚，痹邪在经，胃腑湿壅，肝木升动而致病。陆氏先以标本两顾，补神门、内关、足三里、太溪以益心血，健脾胃，滋肾水，泻太冲平肝以释木侮，此治本之法；泻居髎、膝眼以蠲痹通络，此治标之意。2诊诊得脐周有动悸，断为脾气式微，生化之源告乏，故改以健运中气为主，补中脘、下脘、胃俞、脾俞、内关、足三里，俞募相配，远近呼应，此为补益中宫之大方，补气海以培生气之源而佐生化，泻天枢逐肠秽而通降胃气。另取居髎、膝眼以蠲痹。3诊以肩及肢节酸冷，卫阳之气不足，营阴之气外溢，阴阳易居，故取居髎等穴施阴中隐阳之法，泻阴而补阳。取肩髃施烧山火法，祛顽痹之僵冷。治疗3次，阳气不见来复，乃于7诊改用灸法，冀艾火纯阳之性，能荡开其阴霾，并X线钡餐造影检查胃部，发现胃体下垂，胃功能低下，辨证为脾气式微型胃缓，西医诊断为胃下垂，治以温补脾胃，补益元气为主。经治阴霾渐散，脘宇转畅，大便正常病势渐入佳境。取膈俞、肾俞、脾俞、胃俞、足三里、内关、公孙等穴培补脾肾、益血和营后脉舌正常，胃纳冲和，经络舒通，卫阳布敷。X线复检，胃下垂及胃功能低下均有明显好转。

张涛清医案：张氏认为胃下垂患者由于胃平滑肌张力减退，常伴随疼痛，食欲不振，恶心呕吐，吐后反舒，腹部有下坠感，日久消瘦乏力等症，属"胃脘痛"、"嗳气"、"嘈杂"等证范畴，多因脾胃虚弱，中气下陷所致。针灸治疗本病有补中益气，健脾和胃之功，能使中阳振奋，谷气健运，脾气充实，胃气通和，下坠之胃得以回升而病愈。所治病例辨证为脾胃虚弱，中气下陷型胃缓，西医诊断为胃下垂。治宜健脾和胃，升阳益气。先取腹哀透关元，进针得气后，再取足三里、三阴交，均施以平补平泻不留针手法治愈。



郑魁山医案：郑氏应用针灸治疗胃下垂的经验是，凡胃小弯位置在髂骨嵴联线1.5cm以下，取中脘向下斜刺透下脘，梁门向下斜刺透关门，配足三里用热补法，以补中益气、促进运化，而使胃部提升。凡胃小弯在4cm以下，取中脘、天枢向下斜刺透外陵，气海向下斜刺透关元，用热补法以培元固本。其有效率为97.5%。郑氏认为胃下垂轻者针灸疗效佳，重者疗效差。所治病例①、②、③西医均诊断为胃下垂；病例①辨证为中气下陷，脾胃虚弱型胃缓；病例②辨证为中气不足，肾气虚损型胃缓；病例③辨证为中气不足，胃中虚寒型胃缓；郑氏皆以经验处方治疗而取效。

邱茂良医案：邱氏认为胃下垂属于"胃下"、"胃缓"范畴。多由于脾胃虚弱、中气下陷所致。邱氏指出胃缓毕竟是以虚为主的病证，虽有虚实错杂，但治疗应以补虚举陷为主要治则。临床可采用一针提胃法或二针提胃法治疗，为"陷下举之"之意。邱氏认为在采用提胃法之前，尽可能调理改善胃部症状，先治标后治本。在行针手法上，应注意针刺角度，提针手法掌握若提非提，似升非升的原则，使患者保持针感，其强度在患者可以耐受的范围内，尤其是疗程较长的，更应如此，需时时固护胃气。所治病例辨证为中气虚弱，清阳下陷型胃缓，西医诊断为胃下垂。邱氏认为实则阳明，虚则太阴，临床取穴，祛邪多选腑之募，补虚常遣脏之俞，故取脾俞、胃俞、阴陵泉、足三里健脾益气，另用中脘以和胃助运，各穴合用，可补中益气，以为提胃法助力。待患者腹胀减轻，饮食稍增，精神较振时，乃为其使用"二针提胃法"取效。

肖少卿医案：肖氏指出胃下垂的发生皆因脾胃虚弱、中气下陷所致。肖氏根据多年临床经验认为"提胃三点"是治疗胃下垂的经验效穴。所谓"三点"，是指足阳明经的水突(右)，和滑肉门透梁门(双侧)而言。其所治病例辨证为脾胃虚弱、中气下陷型胃缓，西医诊断为胃下垂。肖氏使用提胃三点，配合大艾炷灸中脘、气海治疗而愈。取提胃三点，有疏通胃经的经气，升提胃体，健运脾胃的作用，配胃之募穴、腑之会穴中脘，足三阴经与任脉的交会穴气海，为全身强壮要穴，用大艾炷灸之，具有强壮脏腑功能，补气益胃的功效，以上诸穴，针灸并用，以收补中益气、升提举陷之功。

肖永俭医案：肖氏认为胃下垂属中医"胃下"证，其病因可能有先天和后天两种因素。先天者禀赋不足，患者多为瘦长体型。后天者饮食劳倦所伤。胃脾运化无权，则升清降浊无权，脾气虚则肌肉瘦削，动则气坠。所治病例辨证为中气下陷型胃缓，西医诊断为胃下垂，治应健脾调胃，补中益气。故用中脘、气海益气健脾，内关以调脾胃，足三里以治腑，提胃和胃上穴有健脾和胃之效。其中提胃和胃上穴皆为经外奇穴，均位于脾经循行线上，有健脾和胃之效，肖氏针对本病加用电针治疗，认为电针可替代长时间的手法运针，刺激量也可客观控制，电针的刺激几乎涉及整个腹部之经脉，对促进气血循环，提高肌肉组织兴奋性，加强收缩有良好的作用。

刘冠军医案：刘氏认为人体脾胃乃升降之枢，脾升精微之气，胃降糟粕秽浊，二



者一升一降，气机生生不息。所治胃缓病例于饱食伤脾后，复因劳倦益虚脾气，谷气不得升清，元阳因之下陷，正如《黄帝内经》"有似劳倦形气衰少，谷气不盛，上焦不行，下脘不通"所言。治疗采用患者仰卧屈膝，按顺时针方向按摩腹部 20 次后，医者将拇、食指分开，用虎口从耻骨联合上缘推按，使胃底上举，另一术者，取 4 寸毫针，从胃上穴沿皮刺到天枢，行温补法，加电针，直接升举下陷之胃体，为治标之法。胃体虽升，但不持久，必须在胃体上升之际，温针脾俞、足三里、百会、气海等穴，健脾气升清气，培元气固正气，为治本之法。气海乃为元气之海，温灸可以扶阳益气，足三里为胃经合穴，是治疗胃府疾病的常用穴，脾俞扶正培元，百会升提清阳，诸穴合用，可升阳益气，培补中气，健运脾阳，达到中气充沛，恢复健运之机，脾胃升降自如，上下内外之阴阳自调而病愈。

李一清医案：李氏指出《灵枢·本脏》认为胃下垂是由于胃弱体虚"胃不坚"、"下管约不利"所致。所治病例辨证为脾胃虚寒型胃缓，西医诊断为胃下垂。李氏采取综合治疗：①腹部按摩，推胃扶正：患者仰卧屈膝，医者立于床的右侧，顺时针摩腹 5～7 次，寻找胃底部下垂边缘，徐徐推胃扶正。②芒针法：长芒针从上脘穴刺入，与皮肤约呈 25°角，将针体沿皮下、肌层捻转推进至脐。③电针法：取胃上穴、提胃穴用脉冲电流刺激穴位。④温针灸法：气海、关元、脾俞、胃俞、肾俞行温针灸法等法治疗。李氏在临床治疗中体会到胃下垂的治疗宜数法相合，针、灸、按摩并用，针灸操作应在腹部按摩推胃扶正的前提下进行才能取得满意疗效。所用经外奇穴胃上穴脐上 2 寸，即下脘穴旁开 4 寸、提胃穴脐上 4 寸，即中脘穴旁开 4 寸皆为足太阴脾经所过，属脾络胃上膈，加之电针疏波刺激能引起腹肌收缩，提高肌肉韧带张力。李氏认为芒针由上脘透刺以使患者腹部产生紧缩上抽感最佳。关元、气海、背俞施以温针灸法，意在温经固脱。此外，医患配合，调护得当亦很重要。

杨兆民医案：杨氏指出胃下之候，系脾气虚弱，中气下陷，清阳不升使然。所治病例禀赋不足，形体瘦弱，中气素虚，脾虚气陷，生化乏源，升举无力，辨为胃缓之症，西医诊断为胃下垂。杨氏认为火灸温热，具温经散寒，健胃祛风，透表达里之功效。温灸脘腹之穴，可充沛胃气，升清举陷，使下垂之胃得复，治效满意。根据"下病上治"、"虚则补之"、"陷则举之"之意，选取百会穴大艾条悬灸，能升阳固脱；胃募中脘、胃脘要穴梁门、胃之合足三里、气海、关元隔粉灸，具有调补胃气，补中益气，调运升降的作用。《灵枢·五邪》谓"补三里，以温胃中"，《马丹阳天星十二穴歌》谓足三里"能通心腹胀，善治胃中寒"确为经验之言。"隔粉灸"系江苏已故老中医孙晏如先生首倡，取丁香、肉桂、滑石为粉，艾炷灸之，杨氏借他山之石，乃以攻玉，以隔粉灸温胃止痛，升清举陷而取效。

吴秀锦医案：吴氏指出胃下垂中医称之为"胃缓"，是由于严重的中气不足，胃壁肌肉松弛无力所致。此病经久难于治愈，故治疗宜持续应用补法以提高疗效。吴氏创造的穴位垂直埋线是将一小段羊肠线用针植入穴位组织内(肌肉或皮下)，

羊肠线压于组织上，其作用方式类似慢插的持续补法，对顽固的虚证最有针对性。羊肠线停留多天完全溶化吸收后可再反复植入，故对顽固虚证是目前较理想的针灸办法。所治病例辨证为中气下陷型胃缓，西医诊断为胃下垂。只取胃俞、足三里两穴轮流使用，反复进行垂直埋线后治愈，吴氏用此法治疗多种顽固的虚证均能取得较好效果。

张祥医案：患者饮食不节，损伤脾胃，脾失健运，胃失和降，中气下陷，辨证为胃缓，西医诊断为胃下垂。张氏取任脉络穴鸠尾，以 8 寸毫针垂直刺入鸠尾穴皮下，再以 30°角斜刺捻转进针直达肓俞，待患者产生下腹抽掣感后留针。施以长针透刺，辅以雀啄手法，重在激发脾胃之经气，滋补后天之不足。肓俞乃肾经腧穴，主治腹痛腹胀，鸠尾、肓俞相伍，补命火而生脾土，益清阳而举下陷，故针到病除。

葛书翰医案：葛氏指出胃下垂是胃的位置低于正常，临床上有明显的消化道症状者。所治病例辨证为脾胃虚弱型胃缓，西医诊断为胃下垂Ⅱ度。治疗穴位为巨阙透肓俞(左)。巨阙属任脉，肓俞属肾经，采用在巨阙穴进针沿皮刺至左侧肓俞处，正好相当于脾经的支脉从胃直上入膈的通路，操作时手持针柄与皮肤呈 45°角慢慢上提的提升手法，可达到通经活络，补脾健胃，升补中气之目的。

贺普仁医案："胃缓"首见于《黄帝内经》，但历代医家很少专论此病。其症状相当于西医的胃下垂。目前除西医外科手术方法治疗外，也有用中西药物治疗取效者，针灸治疗是常用的方法之一，其中长针沿皮透刺提升法效果较好，也有用艾灸百会等穴获效的。火针治疗选穴简单、操作容易、疗效可靠，为本病的治疗提供了一条可行的方法。所治病例辨证为中气不足，脾阳不举型胃缓，西医诊断为胃下垂。贺氏根据个人经验选取中脘、内关、足三里、脾俞、胃俞用细火针，刺入 2～3 分，不留针。治疗 10 次后，X 线钡餐造影检查胃的位置正常，症状消失而痊愈。贺氏认为火针疗法的特点是将针体加热后，刺入人体一定的腧穴或部位。其病机在于温热。人身之气血喜温而恶寒，温则流而通之。火针疗法借助火力，激发经气，调节脏腑，使气血调和，经络通畅。其治病机制主要有以下几方面：①火针可以扶助正气，治疗阳虚所导致的虚寒证。如中焦虚寒，火针可振奋脾胃阳气，改善其消化功能；肾阳不足，火针可益肾壮阳，治疗肾虚腰痛、阳痿、遗精；阳虚气陷，火针可升阳举陷，治疗胃下垂、阴挺。②火针通过对针体的烧红加热，使得疏通作用加强，起到温通经络之效。对于火针疗法的实验室研究目前正在进行，目前实验研究证明，毫针可增加实验动物的白细胞吞噬能力，并促进抗体形成，提高动物的免疫能力，防御和抵抗致病因素的侵袭，亦即中医的"扶正"，火针既具有毫针的这一特点，又通过温热之力，振奋阳气而强化了这一作用，使得正气充实。火针还可改善甲皱微循环，红外热象图反映出火针治疗后病变部位的温度明显提高。随着进一步的探索，火针将会广泛应用于临床实践之中。



第十三节 呕 吐

一、陆瘦燕

(一)脾肾阳虚,命门火衰型呕吐《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

陈某,男,68岁,中医。去年6月胃脘疼痛,纳谷不香,呕吐泛酸,得食即痛,痛久则吐。经中西医治疗,疗效不显,呕吐加剧,精神虚惫,于当年2月送中心医院采取支持疗法治疗。治经7月,全身情况好转,出院回家休养。2个月后能上班工作。20d后旧病复发,神乏怯冷,呕吐更剧,不能进食。迭经中西医治疗无效,患者丧失信心,嘱家属准备后事。是日中午,余趋前会诊,询知有朝食暮吐,暮食朝吐之症,诊其脉沉迟,太溪、冲阳均濡细。此脾肾阳虚,命门火衰,釜底无薪,不能腐熟水谷,拟温补脾肾,非灸不能急挽其危。处方:取穴为中魁(双)△、足三里(双)△、中脘△、关元△,手法:每穴7~11壮,灸炷如米粒大,轮流施灸,每次2穴。经灸中魁、足三里后,呕吐即止。次日复灸中脘、关元,脘腹温暖舒服,能吃稀粥,脘痛顿减。后以中药调治,食欲渐增,十余日即能起床行走,1个月后恢复工作。

(二)脾胃虚寒,中阳不振型呕吐《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

张某,女,18岁,渔民,1976年6月28日初诊。呕吐已5d。食入30min即吐,不食亦吐,吐出清涎,每天数十次。脘腹疼痛,辗转不宁,头目眩晕,胃部喜热按,面色萎黄,肢体消瘦,脉沉迟,舌苔薄腻,质淡有齿痕,证系脾胃虚寒,中阳不振,升降失司而致,治拟温中和胃,降逆止呕,针灸并施以治之。处方:针刺手三里(双)、足三里(双)、梁丘(双)、内关(双)、公孙(双),平针法,得气后,留针20min;麦粒灸:中魁(右)7壮。1976年6月29日2诊,上次治疗后,呕吐好转,胃脘痛亦减轻,出现右少腹麦氏点有压痛及反跳痛,检查白细胞$9\times10^9/L$。仍守原方加减。针刺:手三里(双)、足三里(双)、阑尾穴(双)、内关(双)、公孙(双),平针法,得气后,留针30min;麦粒灸中魁(左)7壮。1976年6月30日3诊,脘腹阵发疼痛,麦克伯尼点(麦氏点)有反跳痛,呕吐次数减至每天3~4次,脉沉细,苔薄白。针刺:上廉(双)、足三里(双)、阑尾(双)、梁丘(双)、公孙(双)、内关(双),手法同前;麦粒灸:中魁(右)9壮。1976年7月3日4诊,右少腹反跳痛较减,呕吐基本好转。针刺:上廉(双)、足三里(双)、阑尾(双)、梁丘(双)、内关(双)、公孙(双),手法同前;麦粒灸:中魁(左)9壮。1976年7月4日5诊,脘腹疼痛好转,呕吐已止,守上方投治。针刺、手法同前;麦粒灸:中脘7壮。1976年7月6日6诊,呕吐已止,尚感脘腹微痛,再从上治。针刺:手三里(双)、足三里(双)、公孙(双)、内关(双),平针法,得气后留针20min;麦粒灸:下脘7壮。1976年7月8日7诊,呕吐未发,脘腹疼痛基本消失,守上治。针刺:手三里(双)、内关(双)、公孙(双)、平针法,得气后留针20min;麦粒

灸：足三里（双）各 7 壮。此证又间日针灸 3 次，以巩固疗效。针穴同前，麦粒灸：中脘、下脘、足三里（双），每次 1 穴，每穴 7 壮。

二、魏　稼

肝气犯胃，胃失和降型呕吐（精神性呕吐）《魏稼针灸经验集》

周某，女，40 岁，干部。经常恶心呕吐，遇精神紧张、疲劳或接触厌恶气味与景象时多诱发。经多家医院各科会诊检查，诊断为精神性呕吐，原因不明，曾用多种药治无效，来求针灸一试。患者平时精神抑郁，今呕吐嗳气频频，胸闷胁胀，烦闷不舒，睡眠不佳，舌边红，少苔，脉弦，二便正常。诊断为肝气怫郁，横逆犯胃，胃失和降，上逆为吐。先用针刺太冲、风池、肝俞、胃俞、足三里、内关、中脘等穴 3 次失效。乃借鉴按压攒竹治呃逆法，并于风池、肝俞、胃俞附近找压痛点，施以较重压按点揉法，每次约 15min，3 次竟愈。

三、于书庄

（一）寒湿秽浊，阻滞中焦型呕吐《于书庄针灸医集》

李某，女，11 岁，1975 年 9 月 6 日初诊。病史：呕吐腹泻 0.5d。患者于昨日夜开始腹痛，腹泻 1 次，呕吐 7 次，初起呕吐食物，继而呕吐黄水，不甚酸腐，四肢欠温。检查：苔白腻，脉濡弱。辨证：证系寒湿秽浊，阻滞中焦。治法：治以调理中焦，温化寒湿。治疗经过：灸神阙，针内关、足三里。当晚随访，患者中午吃一碗面片汤，故而呕吐 4 次，针灸穴位同前，令其改食稀粥。次日随访，呕吐、腹泻消失。临床治愈。

（二）暑湿秽浊，阻滞中焦型呕吐《于书庄针灸医集》

李某，女，17 岁，1975 年 8 月 12 日初诊。病史：1975 年 8 月 11 日夜开始呕吐，至清晨呕吐 5 次，初起呕吐食物，继而呕吐酸腐黄水，头晕，发热，口渴。检查：体温 38.5℃，舌苔黄腻，脉滑数。辨证：证系暑湿秽浊，阻滞中焦。治法：治以清热和中。治疗经过：针刺双侧尺泽出血。当日晚随访，中午其母给一碗面片汤，食后呕吐 2 次，体温 37.1℃。针内关、中脘、足三里以调理中焦，次日复诊，体温正常，自昨晚针后未吐，饮食调理而愈。

四、郑魁山

肝气犯胃型呕吐《郑氏针灸全集》

李某，女，36 岁，工人。因与邻居闹纠纷，生气后胸胁胀痛，恶心，泛酸，不思饮食，食后即吐已 2d，经 X 线钡餐造影检查，胃部未发现器质性改变，经各种治疗未见好转。检查腹软无压痛，舌质红，苔薄白，脉弦。证系郁怒伤肝，肝气犯胃。采用疏肝解郁，和胃止吐之法治之。先针内关、足三里，配中脘用平补平泻法，行间用泻



法，留针 30min，呕吐即止。第 2 天复诊，呕吐未发，但仍恶心、胸脘胀痛、不思食，仍按上述方法加配膈俞、肝俞用平补平泻法加减施治，治疗 5 次即愈。

五、刘家荫

呕吐(神经性呕吐)《中国当代针灸名家医案》

杨某，女，19 岁，学生，1970 年 7 月 10 日初诊。主诉：呕吐 6 个月。病史：患者 6 个月前，因精神受刺激后，出现食后呕吐、吐物为食物或清水。曾先后到其他医院求治，用大量中西药物治疗均无效，病情日渐加重，身体日渐消瘦。今日来我院经胃肠 X 线钡餐透视及纤维胃镜检查均未见异常，而来针灸治疗。检查：身体瘦弱，面色淡黄无华，精神疲惫，腹部平软无包块。舌干，乏津，脉细数。诊断：呕吐(神经性呕吐)。治疗：降逆止呕，调中和胃。取穴：内关(双)、中脘、神道、灵台。操作：神道与灵台采用透刺法，每日 1 次，10 次为 1 疗程。共针 6 次，痊愈。

六、杨介宾

胃虚型呕吐(神经官能症)《中国当代针灸名家医案》

辛某，男性，28 岁，干部，1958 年 2 月 15 日初诊。主诉：呃逆，呕吐清水已 5 年。病史：患者于 1953 年搞农村工作时，长期饥饱不匀，逐渐感觉上腹饱满，痞闷不适，隐隐作痛，呃逆、呕吐清水，遇风冷寒气则重，朝夕如是 5 年，服中西药物始终无效，经省医、川医做各种检查，诊断为神经官能症。多方医治，疗效不显，特邀针灸试治。检查：形体消瘦，精神萎靡，表情淡漠，饮食少进，少气懒言，声低息短。脉象细弱而缓，舌淡苔薄白。诊断：呕吐，胃虚型。治疗：扶阳益气，降逆和胃。取穴：①足三里、中脘、脾俞、期门、关元；②上脘、气海、内关、公孙、日月；③巨阙、胃俞、间使、章门、天枢。操作：多灸少针，均用补法。以上 3 组处方，轮换使用，每日 1 次，暂治 1 个月，观后效。治疗 3 次后，症状大大减轻，20 次后，呕吐停止，饮食渐用，体力逐渐旺盛，停针，嘱其注意饮食起居，又调养 1 个月而愈，后经随访，未再复发。

七、欧阳群

脾肾两虚型呕吐(慢性胃炎)《中国当代针灸名家医案》

周某，女，26 岁，护士，1957 年 2 月初诊。主诉：胃脘隐痛，呕吐频频 5d。病史：该患者素有脘腹痛呕吐病史，5d 前做阑尾手术，近日脘腹隐痛，腰酸肢冷，呕吐频频，不敢进食，倦怠乏力，数度呕吐，近于晕厥。检查：精神虚惫，面色㿠白，四肢不温，舌淡胖嫩苔白滑，脉沉细。腹壁反射存在，腹平坦，腹部听诊、叩诊及 X 线检查，排除外科疾病。诊断：呕吐(慢性胃炎)，脾肾两虚型。治疗：温肾暖脾，和胃止呕。取穴：涌泉(双)。操作：艾灸(悬灸)双侧涌泉穴，持续 1h。每日 1 次。治疗后呕吐

立即减轻，3 次治愈，追踪随访 20 年未再复发。

八、钟梅泉

肝郁气滞，胃气不和型呕吐《中国梅花针》

魏某，男，39 岁，干部，1961 年 4 月 26 日初诊。患者 15 年前在部队开始有胃病，因饮食无规律，出现恶心，呕吐，胃脘痛，失眠。曾在全国几家医院检查，胃部未见异常，诊断为胃神经官能症。常服中西药物，以及针灸、理疗等均未收效，故对治疗失去信心。每天都要呕吐 1～3 次，吐后自觉舒服，时有嗳气、泛酸，脘胁胀痛，性急心烦，大便干。检查：营养情况中等，腹软，肝脾未触及。胸椎 5～10 两侧有条索及压痛，颌下有结节。脉细稍弦，舌苔薄。证属肝郁气滞，胃气不和，拟以疏肝理气和胃为治。根据病证，选取胸椎 5～10 两侧、腰部、上腹部、颌下部、中脘、期门、天枢、内关、阳性物处进治，采用梅花针治疗 1 次后，症状减轻，1d 未呕吐，治疗 4 次后，夜寐安，胃纳佳，未呕吐；治疗 8 次后，呕吐一直未出现，症状全消，精神愉快。为巩固疗效，继续进治 5 次而停诊。随访观察 1 年 8 个月疗效巩固，无不适感。

【导读】

呕吐是指胃失和降，气逆于上，迫使胃中之物从口中吐出的一种病证。一般以有物有声谓之呕，有物无声谓之吐，无物有声谓之干呕，临床呕与吐常同时发生，故合称为呕吐。呕吐可以见于现代医学的多种疾病之中，如神经性呕吐、急性胃炎、心源性呕吐、胃黏膜脱垂、幽门痉挛、幽门梗阻、贲门痉挛、十二指肠溃疡等，肠梗阻、急性胰腺炎、急性胆囊炎、尿毒症、颅脑疾病以及一些急性传染病早期，亦可以呕吐作为主要症状。呕吐病名最早见于《黄帝内经》，并认为外感六淫之邪可引起呕吐。汉・张仲景在《金匮要略》中，对呕吐的脉证治疗阐述详尽，制定了行之有效的止呕方剂。隋・巢元方《诸病源候论》指出呕吐的发生是由于胃气上逆所致。唐・孙思邈《备急千金要方》告诫医者在治疗呕吐时，应根据不同的病因及证型，辨证处理。

本节所选医案的主治医家均认为呕吐是临床上常见证候，其发病原因较为复杂，病因主要有外感六淫、内伤饮食、情志不调、禀赋不足等，胃失和降，胃气上逆是其主要病机。辨证当分虚实，治疗以和胃降逆为原则。针灸治疗呕吐以选取内关穴为多，此是呕家圣穴。

陆瘦燕医案：陆氏认为《景岳全书》“呕吐一证，最当详辨证虚实”所言极是。对于呕吐，临床特别应首辨寒热虚实。所治病例①因饮食不当，嗜食生冷，损及脾阳，加之年近古稀，精气早衰，阳气虚惫，两脉沉迟，太溪、冲阳微弱，朝食暮吐、暮食朝吐，属脾肾阳虚，命门火衰型呕吐，是《医通》所谓“真火式微，胃寒脾弱”也。陆氏思昔贤张景岳云，反胃之症“虚在下焦”，“除非补命门以扶脾土，则火无以化，土无以生，亦犹釜底无薪，不能腐熟水谷，终无济也”，认为反胃日久，以致脾肾阳虚下焦火



衰，釜底无薪，病情危急，灸法有温经散寒，扶阳固脱，通运气血的作用，非灸法不能急挽其危，故拟振复元阳，温补脾肾之法。取中魁以止呕应急，配足三里、中脘、关元以温中和胃，均用灸法，灸后呕吐即止。次日复灸补命火，温下元，标本兼治，釜底添薪，故脘腹温暖，经调理而得愈。病例②患者本系渔民，长期在江河中作业，寒邪犯胃，日久中宫虚寒，不受水谷，胃失和降，即发呕吐。陆氏谓《黄帝内经》曰"寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕"故用麦粒灸中魁 4 次，针刺手三里，足三里、内关、公孙、梁丘等穴 4 次，呕吐即止，又针灸中脘、下脘、足三里等穴 6 次，每穴轮灸 2 次，如此温灸、针刺并用，而获温中和胃降逆之效，脘腹疼痛相继好转，而告痊愈。中魁为经外奇穴，在手中指背面中节骨尖上，是古人疗噎膈反胃的经验穴，疗效较速。

魏稼医案：辨证为肝气犯胃，胃失和降型呕吐，西医诊断为精神性呕吐。曾用多种药治无效，针刺 3 次失效，魏氏借鉴按压攒竹治呃逆法，并于风池、肝俞、胃俞附近找压痛点，施以较重压按点揉法，3 次竟愈。此乃用无创痛针灸补有创痛针灸之不足。

于书庄医案：所治患者李某呕吐、腹泻、腹痛并作，应属于中医学呕吐、霍乱的范围。此病多见于夏秋季节，多因饮食不节、偏嗜生冷，或吃腐败变质和不洁净的食物，或因感受寒湿或湿热阻滞中焦，脾胃失和，清浊相干乱于肠胃而发病，其临床表现轻重不一，重者可因吐泻过多而伤阴亡阳。患者因感受寒湿所致，呕吐较重，四肢欠温，故辨证为寒湿秽浊，阻滞中焦型呕吐。于氏治以调理中焦，温化寒湿，予以灸神阙，针内关、足三里而愈。在治疗过程中，嘱患者应多饮水，以补充体液，改食流食，待吐泻消失 1～2d 后，可用普食。

郑魁山医案：郑氏认为治疗呕吐宜用降逆止呕、和中健胃之法，主穴为内关、足三里。内关系手厥阴之络，通阴维脉，历络三焦，阴维主一身之里，故有宣通上、中、下三焦气机的作用；足三里为胃的下合穴，有调理脾胃、导滞降逆之功。针刺内关，患者上肢放平伸直，手掌略比肘高，针刺足三里，下肢放平伸直，足略比膝高，用关闭法，使针刺感应向上传导，用平补平泻手法，留 20～30min，即可收到立竿见影之效。所治病例辨证为肝气犯胃型呕吐，针刺主穴内关、足三里，配中脘用平补平泻法，行间用泻法，留针 30min，呕吐即止，第 2d 复诊加配膈俞、肝俞用平补平泻法，针尖向外侧肋骨上缘斜刺，使感觉沿肋内放散，由此可见郑氏非常强调治疗过程中针刺感应的传导方向。

刘家荫医案：患者久吐不止，病初肝气不疏，横逆犯胃，后伤及胃津，渐至阴亏，选取治疗呕吐之穴内关、中脘，可宣通三焦经之气机，调中和胃止呕是谓常法，刘氏的特色之处在于取神道与灵台透刺，神道与灵台穴为督脉之要穴，督脉为阳脉之海，有总督一身之阳，振奋全身之阳气，温中回阳，调整阴阳之平衡作用，此外神道、灵台穴还有安神、镇惊之功效，故疗效显著。



杨介宾医案：杨氏认为呕吐一证，为气过于上，胃失和降所致。但有虚实之分，临床上必须辨证。其所治患者胃病5年，久病体虚，损伤中气，胃失和降，属胃虚型呕吐，西医诊断为神经官能症，故治应以扶阳益气，和胃降逆为法。取足阳明经穴为主，通降胃气，兼取太阴、厥阴经穴，补脾益气，泻肝胆经气以平肝木之横逆。拟定三组腧穴，交替使用，多灸少针，均用补法，可使阳气来复，体力健旺，胃阴得养，胃气得降，津液得复，气郁得舒，诸症自解。

欧阳群医案：患者素有脾肾两虚，术后阳气大伤，火不暖土，脾阳不振，胃失和降，胃气上逆，故呕吐频频。辨证为脾肾两虚型呕吐，治以温肾暖脾之法，灸肾经井穴涌泉而获速效。灸涌泉不仅能温肾暖脾，又可降胃之逆气，仅取此穴止呕，堪为欧阳医案中经验之谈。

钟梅泉医案：患者呕吐发病时间较长，症状较重，尤其西医诊断为胃神经官能症者，经服中西药物，以及针灸、理疗等均未收效，治疗颇为棘手。此类患者往往在胸椎5～12两侧有条索及压痛，颌下可摸到结节，足三里和三阴交穴有明显压痛。钟氏主张应用梅花针治疗呕吐，治疗中一般采取中等强度或较重刺激手法。对阳性物和阳性反应区则采取较重刺激手法，疗效明显。

第十四节　腹　　痛

一、于书庄

肝失疏泄，气机阻滞型腹痛《于书庄针灸医集》

郝某，女，74岁，1975年9月11日初诊。因与过继儿子吵架，被儿子打了一个嘴巴，老人十分气恼，于当晚20：00时许突然发生阵发性腹痛，疼痛时喊叫，以右下腹及胃脘部疼痛明显。检查：面色黄，腹部平软，按之稍现紧张，未见急腹症征，苔白，脉沉。辨证：证系忿怒伤肝，肝失疏泄，横逆犯胃，气机阻滞所引起的胃腹病。治法：治宜疏肝理气，和胃止痛。取穴：先针内关，继刺足三里，最后刺人中。治疗经过：内关，小幅度捻针10min，疼痛有所缓解，但不久又痛。继针足三里，手法同前，无效。最后针人中，可谓针入痛止，患者入睡。次日清晨随访，患者正与家属同桌用餐。患者说："从昨晚扎针后一夜未痛"。检查其腹，按之尚有微痛。

二、郑魁山

食滞型腹痛《郑氏针灸全集》

陈某，男，31岁，农民。因过食鲜红枣，食后即觉腹胀，1d后开始腹痛恶心，痛则水泻，泻后疼痛减轻，不思饮食，已持续3d，检查：面色苍白，痛苦病容，脐周围压痛拒按，舌质淡，苔白腻，脉滑。症系暴食生果，食积化热，壅滞胃肠，腑气不通，采



用消食导滞，调理胃肠，利气镇痛之法治之。先针中脘、天枢，配下脘、气海、上巨虚用平补平泻法，使针感传到腹腔和足趾，留针30min，针后腹痛即止。针治3次后，腹胀水泻消失。

三、徐风林

肝胆湿热蕴积型腹痛(急性胰腺炎)《古今针灸医案医话荟萃》

刘某，女，33岁，于1981年10月8日初诊。自诉：左上腹突然剧痛，伴有呕吐2d，持续阵发性疼痛，其痛走窜向后背部，大便秘结，小便黄赤。入院诊断为急性胰腺炎。因剧痛、呕吐而约我科会诊。检查：急性病容，呻吟，巩膜无黄染，患者坐起向前倾斜时，疼痛稍有缓解，左上腹压痛明显，无反跳痛，肝脾未触及。舌质绛，苔黄腻，脉弦细数。经脉反应左足三里穴下1寸处有明显压痛。证属肝郁气滞，郁久化热，湿热蕴积肝胆，胃失和降，湿热郁结损伤脾阴。治以疏肝理气，清解郁热，活血止痛。针取足三里下1寸阿是穴，以泻法施术。梁丘(胃经郄穴双取)、内关、公孙、太冲，均双取以泻法施术。针后患者立即痛止，仅有腹胀感。2诊：患者感到腹胀，欲思饮食，1d来仅恶心无呕吐。舌质红苔黄，脉弦。足三里穴下反应点消失。除前处方取穴外，重点针刺脾俞、肝俞、双足三里。该患者连续随症配方针刺4次，症状消失，出院用药调理以巩固疗效。1982年4月30日，探问其病，至今未发。

四、司徒铃

腹痛(绞肠痧)《中国当代针灸名家医案》

颜某，男，27岁，工人，1983年7月22日初诊。主诉：突然腹痛如绞。病史：患者当日整天在烈日下劳动，晚餐后饮用一些冰镇汽水之后，突然上腹部剧烈绞痛，有阻塞感，双手捧腹辗转不安，前来就诊。检查：面青，汗出，上腹部有明显压痛，无反跳痛，急性腹痛体位，皮肤湿冷，心率82/min，脉无异常。舌质红，苔黄，脉滑细数。诊断：腹痛(绞肠痧)。治疗：开泄暑邪，通络镇痛。取穴：十宣、内关、公孙。操作：内关配公孙，用泻法针刺，行针10min后，全腹仍然剧烈绞痛。乃取十宣穴，经针刺1次后，腹痛仍然未减，再刺十宣时，每穴放血量如大豆粒许，随即获得显效，腹痛完全消失，患者精神愉快，步行回家。

五、王品山

气血两虚型腹痛(十二指肠溃疡)《中国当代针灸名家医案》

文某，男，41岁，工程师，1986年7月11日就诊。主诉：腹痛15年。病史：15年前患十二指肠溃疡腹痛，在此期间曾3次大出血，都经抢救脱险。缠绵至今，纳呆食减，疲乏无力，经常腹痛、腹胀、腹泻，夜间加剧。因工作流动，随处就医经治无效。检查：面色黯黄，精神萎靡，语言无力，舌质淡，苔薄白。脉沉细而紧。任脉之

中脘、关元压痛反应(+),手足阳明之经之合谷、足三里、外庭压痛反应(+),脾经之地机过敏压痛反应(+),皮下有硬节,阳陵泉、公孙酸楚反应(+)。诊断:腹痛(十二指肠溃疡)。治疗:益气养血,疏通经络,调理脾胃。取穴:中脘、关元、合谷(双)、足三里、外庭、地机、阴陵泉、公孙。操作:①地机,置皮内针。②甲组:中脘、合谷、太冲、足三里、公孙;乙组:关元、外庭、阴陵泉。隔日轮换针刺,缓缓进针留针15min,10次为1个疗程。1个疗程后复查,面色江润,舌质红,苔薄,精神良好,饮食睡眠正常,腹痛症状消失,腧穴压痛反应减弱。继治1个疗程,反应消失,临床治愈。嘱其练气功,巩固疗效。

六、蒲英儒

虚寒型腹痛(十二指肠溃疡)《中国当代针灸名家医案》

谢某,女,教师,1963年8月2日就诊。主诉:腹冷痛3月余。病史:患者缘于3个月前感受寒凉,腹冷痛日轻夜重,曾服药物治疗无效,故求针灸医治。现症:腹冷病,喜按,按之则痛减,喜热饮,二便自调,饮食睡眠欠佳,头昏重,畏寒。检查:神志清楚,语言流利,面色白润,形体中等,行动自如。舌质淡、苔白,脉沉迟。诊断:腹痛,虚寒型。治疗:祛风散寒,行气止痛,调理脾胃。取穴:天枢、三阴交、承浆、关元、足三里。操作:天枢、三阴交、承浆针用平补平泻法,留针40min,保持得气针感。关元、足三里用艾条灸10min。首次针刺腹痛减轻,每日1次。3次后腹痛消失。嘱患者每日晚自灸关元、足三里以巩固疗效。1周后来院复查为痊愈。

七、路绍祖

饮食积滞型腹痛(急性胰腺炎)《中国当代针灸名家医案》

刘某,男,40岁,工人,1963年10月25日初诊。主诉:持续性左上腹疼痛,阵发性呕吐2d。病史:患者2d前因进食过多而杂,致左上腹剧痛,持续不退,按之更甚,伴恶心呕吐,吐出不消化之食物及酸水,吐后较舒,身热,不思食,大便秘结,小便黄少。检查:神志清楚,痛苦表情,心肺正常,腹平软,肝脾未扪及,左上腹肌紧张,压痛,无反跳痛,肠鸣音减弱。舌苔厚腻,脉滑数,体温:38.5℃。化验检查白细胞9.8×10^9/L(9 800/mm^3),中性0.80,淋巴0.20。胃液检查:无异常发现,血清淀粉酶:128U(温氏);尿淀粉酶:256U(温氏),尿蛋白:(±);尿二色素:(+)。诊断:腹痛(急性胰腺炎),饮食积滞型。治疗:消导行滞,和胃止痛。取穴:内关、曲池、梁门、梁丘、足三里。操作:毫针刺,先用泻法,后用平补平泻法,每次取4穴,初期每日针刺2次,留针20~30min,5~10min捻针1次。口服维生素B、C片。进流质饮食,症状改善后进半流质或普通饮食。经针刺治疗后当日腹痛呕吐减轻,第



3天已无腹剧痛，呕吐已止，体温正常，针刺减为每日1次。第5天腹痛消失，大便通畅，2周后多项化验检查逐渐恢复正常，出院前血清淀粉酶32U（温氏）；尿淀粉酶16U（温氏），尿二色素：（一），住院26d痊愈出院。

八、师怀堂

气滞血瘀、腹络闭阻型腹痛（术后肠粘连）《中国当代针灸名家医案》

贺某，女，32岁，医师，1983年4月6日初诊。主诉：腹痛伴伸腰困难2年余。病史：1981年做阑尾炎手术后发现腹痛，不能伸腰，不能仰卧，不能提物，自觉是一种牵拉性疼痛。在医院检查为阑尾炎术后肠粘连。随即做手术以解除粘连，但术后腹痛仍未减轻，咳嗽行走疼痛加剧，甚至行走时常必须以手按小腹，骑车迈腿时疼不能忍。检查：平卧伸直位时呈痛苦貌，心肺无异常，慢性病容，右中下腹处可见约9cm长之手术瘢痕组织疼痛剧烈，舌质黯，苔白腻，两脉弦数。诊断：腹痛（术后肠粘连），气滞血瘀、经络闭阻型。治疗：行气破瘀，舒通经络。取穴：阿是穴。操作：采用滞针提拉法。方法是进针后当针尖刺至腹壁与肠管粘连处时行滞针手法，然后轻轻提动针柄，患处即有明显疼痛与牵拉感，此时应继续单向捻针，把针滞紧，并同时以左手食指用力按压进针处皮肤，然后用右手猛提针柄，左手同时弹起但不离开皮肤，患者急呼，则已将粘连处撕脱，此即为滞针提拉法。经用上法治疗，起针后，再将刀口处皮肤提拉，牵引痛消失，腰部亦可伸直。3d后如前法复针1次，以防再次粘连。并嘱针后常做体操运动。1年后随访。患者已恢复正常。

【导读】

腹痛是指胃脘以下、耻骨毛际以上部位发生疼痛为主症的病证，是临床上极为常见的一个症状。内科范畴的腹痛常见于现代医学的肠激惹综合征、消化不良、胃肠痉挛、不完全性肠梗阻、肠粘连、肠系膜和腹膜病变、泌尿系结石、急慢性胰腺炎、肠道寄生虫等以腹痛为主要表现者。《黄帝内经》最早提出腹痛病名，指出腹痛由寒热邪气客于胃肠引起。《金匮要略》对腹痛的辨证论治作了较为全面的论述。《诸病源候论》始将腹痛独立辨证，对其病因、证候均有详细表述。金元时期李东垣将腹痛按三阴经及杂病进行辨证论治，在《医学发明》中强调“痛则不通”的病机学说，并在治疗原则上提出“痛随利减，当通其经络，则疼痛去矣”的观点，对后世产生很大影响。清·王清任、唐容川提出瘀血理论，对腹痛辨治提出了新的见解。

本节所选医案的主治医家皆认为感受外邪、饮食所伤、情志失调及素体阳虚等，均可导致气机阻滞、脉络痹阻或经脉失养而发生腹痛。治疗腹痛多以“通”字立法，应根据辨证的虚实寒热，在气在血，确立相应治法。在通法的基础上，结合审证



求因、标本兼治。属实证者，重在祛邪疏导；对虚痛者，应温中补虚，不可滥施攻下；对于久病入络，绵绵不愈者，可采取活血通络之法。

于书庄医案：辨证为肝失疏泄，气机阻滞型腹痛，于氏认为本例症候单纯，辨证明确，治疗时先针内关，内关为手厥阴、阴维之会，阴维为病“苦心痛”，故内关是治疗肝气犯胃的要穴。但由于患者病情急重，单针内关则效力不足，故针后只能片刻缓解，未能治愈。而足三里是胃之下合穴，故针后毫无效果。后改刺人中，人中为督脉、手足阳明之会穴，督脉总督六阳经，故六腑疼痛均可取用。更由于人中疏肝理气、和胃止痛的作用强于内关，故针入痛止，由此可见针灸取穴组方不当则不能获效，选穴组方之重要不言而喻。

郑魁山医案：辨证为食滞腹痛，由暴食生果，食积化热，壅滞胃肠，腑气不通所致，其证属实。郑氏以“通”字立法，采用消食导滞，调理胃肠，利气镇痛之法治之，重在祛邪疏导。选用具有理气消导之功的中脘、天枢、下脘、气海、上巨虚穴，用平补平泻法，使针感传到腹腔和足趾，故针后痛止，此即通则不痛的具体体现。

徐风林医案：所治病例辨证为肝胆湿热蕴积型腹痛，西医诊断为急性胰腺炎。徐氏认为胰腺炎属于中医的“胃心痛”、“脾心痛”范围。多因过食生冷，气滞而发痛。本例患者因饮食失节，情志不畅则腹部剧痛；肝气横逆犯胃则呕吐；脾湿热蕴阻中焦久郁化热，气机不通，传化失常则便秘；热深入里，湿热交蒸则舌绛苔转黄腻，脉症合参乃为脾胃实热之证。取足三里下 1 寸反应点，调解脾胃，镇痉止痛；取胃经郄穴梁丘疏肝和胃，快速止痛；取八脉交会之穴内关配公孙，泻脾胃湿热，理气降逆止呕吐，针后痛止。二诊时徐氏遵循《黄帝内经》“治脏治其俞”的理论，重点针刺脾俞、肝俞，以健脾利湿、疏肝理气，解久郁之实热。

司徒铃医案：所治病例为绞肠痧引起的剧烈腹痛，司徒氏认为叶天士《临证指南医案》对腹痛辨证强调“须知其无形及有形之为患，而主治之机宜先得其要矣”的所言极是，所谓无形如寒凝、火郁、气阻、营虚及夏秋暑湿痧秽之类。该例患者时逢盛夏之时，整日在烈日之下劳动而感暑痧，加以饮冷诱发为绞肠痧，属无形之邪，非独取辛亥日戌时按飞腾八法开内关配公孙而能解，根据《黄帝内经》：“夏取诸腧孙络”的论述，暑痧邪气深入血分，取十宣穴，非放血不能取效，此法实即元代医家危亦林《世医得效方》外治法中的“如腹痛不止，又用针刺两下十指近甲，稍针出血即愈”的“放痧法”，近代亦称刺血疗法或放血疗法的应用。

王品山医案：所治病例辨证为腹痛，西医诊断为十二指肠溃疡。患者久病气血两虚，中阳不振，清阳不升，浊阴不降，郁阻中焦。检查任脉之中脘、关元、合谷、足三里、外庭压痛反应(＋)，脾经之地机过敏压痛反应(＋)，皮下有硬节，阳陵泉、公孙酸楚反应(＋)，是脏腑病症在体表的反应。针灸治疗以皮内针置于地机穴处，调理脾经，昼夜刺激，促进溃疡病灶恢复，祛郁止痛。针合谷、太冲益气养血，疏通经络；中脘、足三里、公孙，开郁健胃，增进食欲；关元固本，外庭、阴陵泉调理脾胃。此



以皮内针的应用与一般针刺治疗相结合，目的是发挥皮内针的昼夜刺激作用，加强疗效。

蒲英儒医案：所治病例恙由外受风寒所致，乃营卫之气俱虚，风寒之邪乘虚而入，阴寒阻闭经脉，阳气不通则痛。患者日轻夜重，痛而喜按，按之则减，热饮畏寒，脉迟紧，脉因症参，辨证为虚寒型腹痛，西医诊断为十二指肠溃疡。《灵枢·杂病》云："腹痛，刺脐左右动脉，已刺，按之立已"。天枢穴位于脐之左右动脉之处，属大肠之募穴，可通调腑气而止痛。关元、三阴交、足三里三穴同用，振奋三阴经气，灸治以复脾胃之阳，可治虚寒。承浆治绕脐痛，针灸实验歌诀载"腹痛尺泽三阴交，绕脐承浆效最灵"，乃蒲氏经验要穴。本病例的治疗针法灸法相结合，一般用穴与经验用穴相结合，针对虚寒疼痛则快速起效。

路绍祖医案：路氏认为急性胰腺炎为常见急腹症之一，饮食不节、暴饮暴食常为致病及诱发原因，临床以上腹剧痛为特征，属中医"腹痛"范畴。路氏所治病例由饮食不节，进食过多而杂，致使脾胃运化不及，积食停滞中焦，胃失和降，气机受阻导致上腹剧痛，呕吐出不消化食物。证属饮食积滞型腹痛，是为中焦胀满实热腑病证候。胃居中焦，多气多血，是水谷之海，但积食停滞则可为害，根据《黄帝内经》"合治内腑"的理论，取胃及大肠之合穴足三里、曲池，和胃化滞，兼以清热；取胃经郄穴梁丘，治疗急性胃肠疼痛；取内关降逆止呕，诸穴配合加强和胃止痛作用，本病治疗重在辨证选穴配方，而操作则仅以单纯针刺而取效。

师怀堂医案：师氏认为中医学典籍中并无"术后肠粘连"病名，但可归属中医"腹痛"范围。所治病例为气滞血瘀、腹络闭阻型腹痛，属于不通则痛，治宜行气破瘀，舒通经络。师氏取阿是穴（腹部瘢痕组织疼痛部位），操作采用滞针提拉法而获良效。滞针手法原本是为持续地保持强烈针感而施用的一种独特运针手法，滞针提拉法可使术后粘连处筋膜剥离，气血流畅，瘀滞解除则通而不痛，由此可见针灸疗法的独特之处。

第十五节　泄　　泻

一、于书庄

饮食不洁，脾胃虚寒型泄泻（急性胃肠炎）《于书庄针灸医集》

冯某，男，57岁，1986年7月15日初诊。病史：晨起吃两个凉包子，中午喝啤酒吃驴肉（外购），食后恶心呕吐，腹泻20余次，初起便下稀粪，继而下利清稀，不甚臭秽，腹微痛，全身大汗，怕冷，病后即赴某院，诊为急性胃肠炎，给予西药治疗（药物不详），服后即恶心呕吐，于当日晚22:00时延余出诊。检查：面色黄，脉微弱，出汗，血压测不清。辨证：证系饮食不洁，损伤肠胃，中阳不振，脾胃虚寒。治疗经过：

针刺人中小幅度捻针 2～3min，补气海，灸双侧内关，以回阳复脉，针足三里以调理脾胃。待脉起，血压 120/70mmHg(15.6/8.1kPa)，继针十宣微出血以升清降浊。在针刺过程中，患者呕吐 1 次，自针十宣后，患者自觉全身轻松，自行坐起，频频饮水，吐泻缓解。次日饮食调理而愈。

二、陈全新

食积化热型泄泻（肠炎）《陈全新针灸经验集》

黄某，男，4 岁。主诉：(其母代诉)腹痛腹泻 3d。病史：患儿 2d 前因过食生冷肥腻食物后，出现腹痛、腹泻，大便稀溏，混有少量黏液，无脓血，味酸臭，每日大便 6～7 次。伴有精神疲倦、低热、口干渴、夜寐不宁、食欲不振、小便短赤等症状。检查：发育正常，营养中等、精神疲乏，轻度消瘦，巩膜无黄染，腹微胀，轻按痛，肝脾未扪及，肠蠕动音增强，心肺正常，膝反射稍迟钝，病理反射未引出。舌质红，苔薄黄腻，脉濡数，指纹色紫，隐透风关。诊断：中医为瘸泻(食积化热)。西医为肠炎。治法：化滞和胃，清热祛湿。取穴：足三里(双)。配穴：天枢、大肠俞。操作：针刺双侧足三里，平补平泻法，进针 3～4 分深，找到适当针感后(因小儿不会诉说，以运针时针下肌肉或足趾跳动为准)，留针 15～20min，每隔数分钟轻捣、捻针 1 次，每次 15～20 秒钟。退针后用梅花针轻叩刺天枢、大肠俞。嘱其母多给饮淡盐水作饮料，禁食生冷肥腻食物，每日诊治 1 次。2 诊：其母代诉患儿腹泻明显改善。昨日治疗后只排大便 3 次，热退、神清、睡眠佳，已思食，口不渴，小便淡黄，舌质淡、苔薄黄润，指纹色淡紫，已退风关。治疗后积滞已去，湿热将除，仍用平补平泻针刺足三里以和胃调中。3 诊：腹泻已愈，大便成形，每日 1 次。胃纳佳，睡眠好，态活泼，舌质淡、苔薄白润。脾胃气机通畅，郁热已除，遂停针刺。观察 1 周后腹泻未再发作，其病已愈。

三、张涛清

(一)湿热型泄泻《张涛清针灸治验选》

吴某，男，29 岁，职工，1954 年 2 月 20 日初诊。自诉：是日上午腹痛、腹泻，至晚 10 余次之多，泻为水注，掺有不消化食物，粪色黄褐恶臭，肛门灼热，小便失禁，全身无力，头晕眼花。检查：面色苍白，腹痛，肠鸣，体温 39.5℃，舌苔黄腻，脉滑而数，诊断为湿热泄泻。针取天枢(双)，足三里(双)，针刺得气后施以提插强刺激泻法，数分钟后，腹痛减轻，留针 30min，行针 3 次后，腹痛止，患者入睡，半夜大便 1 次，次日其病即愈。

(二)积滞挟湿，热于肠胃型泄泻《张涛清针灸治验选》

黄某，男，50 岁，干部，1977 年 7 月 25 日初诊。自诉：2d 前，因食生冷，引起恶心呕吐，腹痛、腹泻，每小时吐泻 7～8 次，味酸臭，神疲，四肢无力。检查：神志清



楚，腹胀，按之痛；肠鸣音明显，舌质红，苔薄黄，脉濡数，诊断为积滞挟湿，热于肠胃型泄泻。治以调整胃肠气机，清热利湿，取五穴方（足三里、下脘、天枢、关元，神阙灸），进针得气后，施以平补平泻手法，留针20min，留针期间行针3次，针2次而病愈。

（三）脾胃虚弱型泄泻（慢性肠炎）《张涛清针灸治验选》

彭某，男，50岁，1964年6月15日初诊。自诉：患慢性肠炎近2年，溏便每日3～4次，遇冷或进油腻食物而加重。肢体倦怠无力，不思饮食，食后脘闷不舒，曾经中、西药物及按摩治疗，均未见效，特慕张涛清名而求针灸治疗。检查：患者面色萎黄少华，少气懒言，腹无压痛，苔薄腻，脉细弱，诊断为脾胃虚弱型泄泻。治以健脾和胃，调理胃肠功能，取五穴方加脾俞（先刺后用艾条温和灸），前3d，每日针灸1次，以后隔日针灸1次，治疗3次后，腹泻明显减轻，共针灸治疗15次而病愈，后随访，疗效巩固，病未再发。

（四）泄泻（细菌性食物中毒）《张涛清针灸治验选》

贾某，男，63岁，干部，1962年某晚12时约我会诊。自述：1962年8月28日下午在兰某饭店用了晚餐，食后回家。约1h许发现腹痛，且逐渐加重剧痛难以自忍，并现持续性上吐、下泻，滴水不下，食药即吐，头昏目晕全身无力。检查：腹痛拒按，呕吐，泄泻，四肢厥冷，有明显失水征。血压60/30mmHg，脉象沉细数而弱，舌质红，无苔。西医检查诊斯为细菌性食物中毒。治以针刺中脘、内关、天枢、关元、足三里。针入15min后，腹痛、呕吐、腹泻均明显减轻，但血压仍低。以艾条灸神阙1h后，血压逐渐恢复至100/70mmHg，手足渐渐复温，脉象转为有力，精神好转，嘱患者卧床休息。夜间大便，呕吐各1次，诸症消失而病愈。为巩固疗效，次日复针1次。

四、魏稼

（一）中气下陷，脾肾阳虚型泄泻（结肠过敏）《魏稼针灸经验集》

吴某，男，45岁。患慢性腹泻、便秘10年，时轻时重，做X线钡餐造影检查，提示结肠紧张力过强，诊为结肠过敏。发时腹部多于进食后有发胀和不适，偶发剧痛，肠鸣恶心，痛在下腹，便后或放屁后则减，腹泻每日3～4次以至10余次，睡眠不佳，间或便秘数日，平时头晕疲乏，舌苔白腻略黄，舌质淡，脉弱。诊为中气下陷，脾肾阳虚，先用四神散为末，用白酒调敷于关元、气海、下脘、天枢穴上，上盖纱布。隔日用脾、胃、肾俞，再于布上用隔姜灸，令能忍受为度，每次约40min，5次进步不大。乃去灸改用氦氖激光于药物纱布上照射，输出功率25mW，每次15min，20次诸症尽去。

（二）中气下陷，脾肾阳虚型泄泻（非特异性溃疡性结肠炎）《魏稼针灸经验集》

患者，周某，女，32岁，干部，1992年10月4日就诊。患者腹泻3年，时轻时



重，起病慢，迁延至今未愈。经某医院检查，排除痢疾杆菌、溶组织阿米巴、血吸虫感染。乙状结肠镜检查，可见大小深浅不等多处溃疡，有充血，水肿，触之易出血，诊为非特异性溃疡性结肠炎。经反复用药，未能根治。现右下腹隐痛，排便后稍缓解，大便不成形，每日3～5次，时溏时泄，反复发作，有时泻下物夹少量脓血黏液，气秽，伴轻微里急后重，肛门有热感，体温约38℃左右，消瘦，贫血，面色萎黄，食纳尚可，食后腹胀，小便黄，心烦口干，常失眠，少气乏力，神倦懒言，舌苔微黄腻，舌质淡红，脉濡数而弱，曾进补气健脾、清热化湿之剂，加针刺中脘、天枢、足三里、上巨虚、三阴交、公孙诸穴，治20d症无进退，乃转来求针。《卫生宝鉴》有"虚中有热治验"之说，师其意改用灸法治疗。于腹部阿是穴，取独蒜头打烂铺其上约0.5cm，上置艾炷点燃，烧至感灼热去除，每次灸7壮。结合用艾卷悬灸气海、足三里、天枢等穴，共约20min。治3次后症减，续灸10次(1个疗程，不隔蒜)，诸症基本消失。为巩固疗效，以后每隔2d令自灸1次，共10次而愈。

五、邱茂良

(一)暑湿内扰，伤及肠胃型泄泻《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

黄某，女，36岁，工人。患者腹泻2d，于昨晚起恶寒发热，继则腹痛腹泻，大便质稀色黄，至今已10余次，便前腹中阵痛，泻后略减，脘腹作胀，不时恶心，小溲短赤，口渴，舌苔黄腻，脉濡数。检查：体温39.4℃。大便常规检查：脓细胞0～4个，红细胞0～4个。证属暑湿内扰，伤及肠胃，传化失常。拟清热化湿，运脾止泻。取穴：曲池、合谷、天枢、上巨虚、阴陵泉、内庭。用提插泻法，留针30min，针后汗出自觉较舒，夜热退，仍用提插泻法，第2天症状消失，唯胃纳欠佳，再针中脘、足三里2穴而愈。

(二)脾肾阳虚，运化无权型泄泻《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

陈某，男，46岁，工人。患者腹泻反复发作已1年多，常因饮食失慎而加重。大便每日5～6次，质稀，夹不消化食物，腹中隐隐作痛，肠鸣，多矢气，纳食减少，面黄少华，神疲乏力，腰背酸痛，舌质淡，苔白，脉沉细。此泄泻久延，脾肾阳虚，运化无权所致，治当健脾温肾为法。取穴：天枢、关元、足三里、三阴交等。先针后灸，每日1次。治疗1周，腹痛渐止，腹泻减为每日2～3次，仍按原法出入。取穴：①脾俞、肾俞；②天枢、关元、足三里。两组穴位交替使用，用麦粒大小艾炷行瘢痕灸，每穴5～7壮，每日1次。连续1月，症状消失，大便每日1次，正常，胃纳转佳，精神复常。

六、陆瘦燕

木郁侮脾，寒湿内滞型泄泻《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

王某，女，34岁，教师，1970年7月5日初诊。大便黏薄，每日数次已5年。患



者经常消化不良,大便黏稠,每日3～4次,伴少腹冷痛胀滞,四肢畏寒。有情志抑郁史,常易恼怒,平时喜食生冷之品。脘腹时而作胀,得嗳气或矢气后乃舒。面无荣色,肢体消瘦,脉搏细滑、尺弱,苔薄白质淡两边微红。胃为水谷之海,脾主运化精微。患者情志不扬,木郁而实,横侮脾土;喜食生冷,寒湿内滞,脾阳不振,因而运化失常,兼以久病,损及肾元,阴中少火,中焦生寒,转相因果,而成此证。拟温补脾肾,和胃理气,针灸两施为治。针刺:手三里(双)、足三里(双)、太冲(双)、合谷(双),平针法,得气后,留针20min。隔饼灸穴:①神阙、气海;②天枢;③水道;④关元,4组穴位,每次针后灸1组,每穴灸7壮。隔日治疗1次,轮流灸治。上法治疗6次后,大便日行1次,已成形,腹痛腹胀已减。共治12次停止治疗。隔1年患者因关节酸痛来门诊治疗,告知大便已经正常。

七、田从豁

心火移热于小肠型泄泻(慢性结肠炎)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

承某,男性,33岁,1998年8月28日初诊。病史:10年前始无明显诱因出现腹泻,后每当感凉后即发病,大便不成形,便前腹痛,便后痛减,腹泻每日1～2次。10年来未系统治疗。近1年腹泻加重,大便不成形,每日4～5次,时发时止。近1月,大便每日5次,便前腹痛,水泻。化验大便常规:黏液(+),白细胞3～5个。结肠镜报告:乙状结肠、直肠黏膜充血、水肿(中度),诊断为慢性结肠炎。曾服用"固本益肠片"、"双歧三联活菌"、"柳氮磺吡啶",药后腹泻止,近日因减药量,腹泻又作,伴有腹痛,腹胀,口渴喜饮,口臭,汗多,大便时肛门灼热,纳食可,小便稠。检查:形体适中,精神可,腹软无压痛,舌边尖红,苔白少津,脉沉弦。诊断:中医为泄泻(心火移热于小肠),西医为慢性结肠炎。立法:清心泄热,清肠止泄。治疗:取天枢、大横、上巨虚、巨阙、内关(右)、三阴交(左),施平补平泻法。治疗4次后,患者诉腹泻已止,每日便1次,大便已成形,便前无腹痛,肛门灼热感已除,汗出仍多,治疗加取合谷、复溜及云南白药贴脐。治疗6次后,患者腹泻未作,停服药物,平时每当工作紧张即发病,近日工作繁忙,腹泻未作,继用大横、膏肓、上巨虚以巩固疗效。

八、藏郁文

(一)泄泻(食物中毒)《古今针灸医案医话荟萃》

张某,男,13岁。自诉:1958年12月12日中午吃驴肉,约2h后发现腹痛,且逐渐加重,并现持续性呕吐,大便泄泻,头昏无力,四肢发凉,来我院急诊。检查:腹痛拒按,呕吐泄泻,四肢厥冷,有明显失水症,血压50/25mmHg,脉象沉细而弱,微数,舌无苔,治以针刺中脘、内关、天枢、关元、足三里,针入15min后,腹痛、呕吐、腹泻均明显减轻,但血压仍低,以艾条灸神阙,1h后,血压逐渐复至100/70mmHg,手足渐渐复温,脉象有力,精神好转。

(二)泄泻(食物中毒)《古今针灸医案医话荟萃》

玉某,男,39岁。自诉:在某县参观中午吃猪肉拌黄瓜,晚间赶来某市住某招待所,到达后即感周身无力,继则腹痛急剧、呕吐泄泻,呕吐物皆食物为白色黏液,时恶心,头痛眩晕,手足发凉,腿肚抽痛,小便短黄,出冷汗。查患者面色黄,腹痛拒按,四肢厥冷,腿肚转筋,卧床辗转呻吟,舌苔薄白,脉象沉弦,血压80/60mmHg。针取中脘、内关、天枢、关元、足三里,针刺入后行泻法,留针30min,捻针3次,因血压较低,加灸神阙15min,更针承山以疗腿肚转筋。灸后20min则腹痛、呕吐、腹泻明显减轻,30min后四肢复温,转筋已止,灸后血压恢复至104/70mmHg,夜卧甚安,次日即愈。

九、吕景山

脾胃虚弱型泄泻(慢性肠炎)《中国当代针灸名家医案》

赵某,男,45岁,工人,1972年7月5日初诊。主诉:大便时溏时泄8年。病史:8年前因饮食不慎,以致纳呆、腹痛、腹泻,经服甲氧苄啶、庆大霉素、干酵母(食母生)等药物而瘥,嗣后,每因饮食不慎痼疾引发。近1年来病情加重,大便稀薄,不能成形,每日便4～5次,伴行食欲不振,疲乏无力,腹冷喜暖,腹痛不适。检查:腹部平坦、松软,无明显阳性体征所见,舌淡、边有齿痕,苔薄白,脉细弱,以右关、尺为甚。诊断:泄泻(慢性肠炎),脾胃虚弱型。治疗:温中散寒,健脾止泻。取穴:建里、足三里。操作:上穴以2寸长毫针,刺入1.5寸,得气后使捻转补法,留针20min,出针后每穴用大艾炷灸3壮,每日1次。连针10次,病有转机,饮食增加,精神好转,大便次数减少,每日2～3次,又针10次,诸恙悉除,大便已成形,每日1～2次。1年后随访,未见复发。

十、钟梅泉

(一)邪秽湿热,阻滞中焦型泄泻(急性胃肠炎)《中国梅花针》

宋某,男,46岁,工人,1979年8月19日初诊。2d前因吃不洁生瓜,引起呕吐,腹痛,腹泻,吐出不消化食物,恶心。腹痛阵作,大便稀溏,每日5～6次,带黏液、无红白冻子、纳呆,小便黄少。曾在某医院诊断为急性胃肠炎,服消炎片等症状未减。已病休2d。检查:精神尚好,稍显脱水征,体温37.2℃,血压126/84mmHg(16.8/11.2kPa),心肺正常,肝脾未触及,上腹及脐周有轻度压痛,肠鸣音增加。在胸椎5～12两侧可摸到条索及压痛。脉濡数,苔薄根腻。证属邪秽湿热,阻滞中焦,脾胃失职,拟以清热利湿,和胃为治。根据病证,选取胸部、腰部,重点叩打胸椎5～12两侧、中脘、天枢、上腹部、腘窝部、足三里、内关、阳性物处进治。当即采用梅花针1次后,症状减轻,过1h后再给予治疗1次,恶心不作,腹痛消失。随即回家,第2天复诊,腹泻、腹痛已止,无呕吐,思饮食,精神转佳。按原方继续治疗1次,嘱患者病好后进行调理,



注意饮食而停诊。时隔1月后患者来院告知，以自愈后至今正常。

(二)脾虚湿滞型泄泻(过敏性结肠炎)《中国梅花针》

周某，男，43岁，干部，1960年2月26日初诊。慢性腹泻20年。每日大便3～5次，便稀，有时夹黏液，伴有腹胀，隐痛，失眠，神倦乏力，吃饭不能急吃，饭后需休息30min，否则出现大便失禁。服中西药物、针灸等均未收效。检查：脸色晄白不华，营养情况中等，肝脾未触及，腹软，喜按；大便检查有不消化食物。胸椎8～12两侧及腰部有条索及压痛，腰椎1～2叩诊出现痹呆音，颌下可摸到结节。脉细弱，苔薄根腻。证属脾虚湿滞。拟以健脾利湿、温中止泻为治。根据病证，选取胸椎5～12两侧、腰部、下腹部、内关、中脘、天枢、关元、足三里、阳性物处进治。采用梅花针治疗3次后，大便每日2次，质软，睡觉已达7～8h。治疗8次后，精神转佳，腹不胀痛，大便每日2次。继治8次，大便每日1次，症状消失。再巩固调理1个疗程，无不适感而停诊。时隔10个月患者来医院复查，精神愉快，大便如常，胃纳佳，疗效巩固。

十一、师怀堂

脾肾阳虚型泄泻(慢性结肠炎)《中国当代针灸临证精要》

张某，男，37岁，农民。自述慢性结肠炎12年，间断性腹痛，腹泻，大便不成形，便内有大量黏液和不消化食物，体重下降13kg，气短乏力，食欲不振，曾服中西药物及灌肠治疗，均无效。1984年春求于师氏，诊为脾肾阳虚，运化失职，拟温阳除湿，健脾止泻，用细火针点刺。取穴：水分、中脘、天枢、止泻脐下2.5寸、大小肠俞、阴陵泉、命门。5d 1次。针后诸症大减，3次后一切转常，再次而愈。1年后随访未复发。

十二、刘保延

寒伤中焦，胃肠不和型泄泻《火针》

陈某，男，3岁。近3日吐泻不止而就诊。曾自服庆大霉素3～6支，未效，症见轻度脱水貌，体温37.5℃，腹泻每日4～5次，间发呕吐，肠鸣音亢进，肛周发红，肢软尿赤，大便水样，黏液(±)，白细胞0～2个，红细胞0～3个，食物残渣(++)，舌淡苔薄白，脉细弱。诊为寒伤中焦，胃肠不和。治以温中散寒，调理肠胃，治疗先用磁圆针中等叩击患儿任、督、胃、脾、膀胱诸脉，运用补法；再用细火针点刺中脘、天枢、气海、止泻、足三里穴。针后按压穴位，有温热感循经感传，1次痊愈。

【导读】

泄泻是以排便次数增多，粪质稀溏或完谷不化，甚至泻出如水样为主症的病证。古有大便溏薄而势缓者称为泄，大便清稀如水而势急者称为泻之说，现临床一

般统称泄泻，概括了现代医学消化器官发生功能或器质性病变导致急性肠炎、炎症性肠病、肠易激综合征、吸收不良综合征、肠道肿瘤、肠结核等，或其他脏器病变影响消化吸收功能以泄泻为主症者。本病首载于《黄帝内经》，并有“骛泄”、“飧泄”、“注下”等病名，指出风、寒、湿、热皆可致泻，并有长夏多发的特点，病变部位主要在于脾、胃、肠，为后世认识本病奠定了基础。《难经・五十七难》提出“湿多成五泄”的观点。张仲景在《金匮要略》中将泄泻与痢疾统称为下利。至隋代《诸病源候论》将泄泻与痢疾明确分述。宋代以后统称为泄泻。陈无择《三因极一病证方论》认为不仅外邪可导致泄泻，情志失调亦可引起泄泻。《景岳全书・泄泻》提出采用分利之法治疗泄泻。李中梓在《医宗必读・泄泻》中提出了著名的治泄九法，全面系统地论述了泄泻的治法，是泄泻治疗的里程碑。清代医家论述泄泻则强调湿邪致泻，重视肝、脾、肾在发病中的重要作用。

针灸治疗泄泻由来已久，《黄帝内经》中有多处针灸治疗泄泻的记载，后世《针灸甲乙经》、《针灸资生经》、《针灸大成》、《针灸聚英》等均记载有大量的针灸治泻的处方，为现代临床提供了不少经验。

本节所选医案的主治医家均认为泄泻的病因，有感受外邪，饮食所伤，情志不调，禀赋不足，及久病脏腑虚弱等，主要病机是脾病湿盛，脾胃运化功能失调，肠道分清泌浊、传导功能失司。泄泻的治疗大法为运脾化湿。急性泄泻多以湿盛为主，重在化湿，佐以分利；久泻以脾虚为主，当以健脾。若病情处于虚寒实热兼夹或互相转化时，当随证施治。

于书庄医案：于氏认为泄泻多见于夏秋季节，常伴有呕吐、腹痛。本病多因饮食不当、进食腐败变质和不洁净的食物，或感受寒湿、湿热之邪所致。重者可因吐泻过多而伤阴亡阳，针灸治疗本病以放血疗法收效最捷。所治病例因饮食不洁，损伤肠胃所致，辨证为饮食不洁，脾胃虚寒型泄泻，西医诊断为急性胃肠炎，针刺人中、补气海、灸内关以回阳复脉，针足三里以调理脾胃。待脉起，血压平稳后继针十宣微出血以升清降浊，患者自觉全身轻松，吐泻缓解，次日饮食调理而愈。

陈全新医案：陈氏认为泄泻是儿科常见病，小儿脾胃软弱，饮食不当，纳食不消，损伤脾胃致运化失调则易成泄泻。又因脾气受损，水湿运化失常，故小儿腹泻又多挟湿。陈氏所治病例发于过食生冷油腻之后。《黄帝内经》云：“饮食自倍，脾胃乃伤”，故以脾胃虚弱为本，积滞与湿热交阻为标。中医辨证为食积化热型泄泻，西医诊断为肠炎。治疗当以健脾和胃，化湿导滞为主。陈氏按“合治内腑”理论，取胃之下合穴足三里，配合梅花针叩刺大肠之俞大肠俞、大肠之募天枢穴，有调肠胃、导滞泻热之功。积滞湿热既除，胃肠气机得运，腹泻得以速愈。

张涛清医案：张氏认为腹泻是临床常见病症，腹泻应明确病因后再辨证施治甚为重要，针灸对此病有较好的疗效，应大力提倡。张氏根据经验自拟处方：①针刺足三里、天枢，灸关元，调整胃肠功能，止泻止痛消胀；②五穴方：针刺足三里、下脘、



天枢、关元，灸神阙，参见痢疾章节。治疗中张氏主张脾寒证多灸，热证多刺。所治病例①辨证为湿热型泄泻，张氏选取大肠募穴天枢、胃下合足三里，采用募、下合配穴法，针刺得气后施以提插强刺激泻法而愈。病例②因食生冷腹泻、呕吐、腹痛并作，辨证为积滞挟湿，热于肠胃型泄泻，张氏选取个人经验处方五穴方进针得气后，施以平补平泻手法治愈。病例③慢性泄泻病程较长，辨证为脾胃虚弱型泄泻，西医诊断为慢性肠炎，张氏选取五穴方加脾俞，先刺后用艾条温和灸而取效。张氏认为细菌性食物中毒是临床常见的消化道疾病，属中医"霍乱"的范畴，多因饮食腐馊之物致脾胃受伤，升降失司，气机逆乱，吐泻交作，津液过量丧失，短时间内即可出现形容憔悴，目眶下陷，筋脉挛急，手足厥冷或肌肉麻痹等临床表现和全身中毒症状。张氏根据多年的临床体会，认为针灸治疗细菌性食物中毒，疗效显著且见效快，是理想的治疗方法。遇血压下降时，隔盐艾灸神阙穴多壮，或用青盐50g炒热，用布裹之，熨脐下以温阳气。若遇腹中绞痛，针刺十宣、委中出血配合背部刮痧，一般恢复很快。病例④患者腹痛、吐泻严重，滴水不下，食药即吐，四肢厥冷，有明显失水征。血压60/30mmHg，脉象沉，细数而弱，舌质红无苔。辨证为泄泻，西医诊断为细菌性食物中毒，以针刺中脘、内关、天枢、关元、足三里后，腹痛、呕吐、腹泻明显减轻，但血压仍低。又以艾条灸神阙1h后，血压逐渐恢复至100/70mmHg，手足渐渐复温，脉象转为有力，精神好转，诸症消失而病愈。

魏稼医案：所治病例①辨证为中气下陷，脾肾阳虚型泄泻，西医诊断为结肠过敏。魏氏初用四神散为末，用白酒调敷于关元、气海、下脘、天枢穴上，隔日用脾、胃、肾俞隔姜灸，但穴敷及灸疗效不显著而改用氦氖激光于药物纱布上照射而愈，说明激光照射可补药物穴敷及加灸之不足。病例②辨证为中气下陷，脾肾阳虚型泄泻，西医诊断为非特异性溃疡性结肠炎。魏氏认为元代医家罗天益《卫生宝鉴》有"虚中有热治验"之说，罗天益曾于李东垣门下求学，也以善治脾胃诸病著称，对李氏甘温除热法应用经验尤多，《卫生宝鉴》中附有不少临床治验医案，治法多采用针灸药物双管齐下。魏氏借鉴其针灸学说，师其意改用灸法治疗。于腹部阿是穴隔蒜灸，气海、足三里、天枢等穴艾卷悬灸而治愈，可见临床辨证，注意采用多种疗法及借鉴他人经验之重要性。

邱茂良医案：邱氏指出泄泻发病有暴泻、久泻之分，病因不外外感和内伤两类。外感多致暴泻，其发病急，病程短，多属实证，治疗多以运脾化湿为主，针灸采用天枢、足三里、气海、阴陵泉为主穴，操作宜用泻法，宜深刺，宜较长时间留针；内伤多致久泻，起病慢，病程长，多属虚证或虚实夹杂，治疗多以健脾为主，采用脾俞、天枢、关元、足三里、三阴交为主穴，操作宜用补法，刺激勿过强，宜留针，可配合灸法。所治病例①辨证为暑湿内扰，伤及肠胃型泄泻。患者暴泻外夹表证，治当清暑解表，化湿止泻。取曲池、合谷两穴，此二穴既可疏表，又能止泻，配天枢、上巨虚、阴陵泉、内庭等运脾化湿，深刺用提插捻转泻法，反复行针，留针30min～1h。针后，



表邪得汗而解，暑热既散，肠腑气机畅达，大肠传导如常，则高热退而腹泻止。病例②辨证为脾肾阳虚，运化无权型泄泻。患者久泻不止，治当健脾温肾，取天枢、关元、足三里、三阴交等穴先针后灸，症状缓解后，取①脾俞、肾俞；②天枢、关元、足三里，两组穴位交替使用麦粒大小艾炷行瘢痕灸后，症状消失，大便正常，精神复常。

陆瘦燕医案：陆氏谓脾土强者，自能胜湿，若土虚不能制水，则风寒与热，皆得干犯而为泄泻。所治病例久泻日 3～4 次，证经 5 年。陆氏认为乃脾虚不运，损及肾元，肾火一衰，无以健运三焦而腐熟水谷之故。且积虚者必挟寒，肝失条达者必犯胃，辨证为木郁侮脾，寒湿内滞型泄泻，治以温补脾肾，和胃理气。陆氏对虚寒证患者，主张采用温灸治疗，取效显著。临床选取手足三里、合谷、太冲以和胃理气，条达肝木；取天枢、水道、神阙、气海、关元以温补脾肾，分清别浊。诸穴针灸两施，积年之疾，治 12 次而告痊愈，皆针艾之力也。

田从豁医案：田氏指出大凡急性腹泻多为实证，慢性腹泻多为虚证，临症时还须详细辨之。所治病例西医诊断为慢性结肠炎，虽有 10 年腹泻病史，但脏腑虚损不显，乃为心火炽盛，移热于小肠，小肠不能泌别清浊，大肠传导失司所致，故辨证为心火移热于小肠型泄泻，治疗以清心泄热，清肠止泻，选取天枢、大横、上巨虚清肠止泻以治标，内关、巨阙、三阴交清心泄热以治本。患者病已 10 年，病程迁延，病入血分，故采用穴位敷贴，以云南白药贴脐。云南白药以活血之品三七为主要成分可调其血气。田氏辨证准确，配伍独到，使 10 年之痼疾得以迅速康复。

藏郁文医案：藏氏认为食物中毒属于中医霍乱范畴。针灸治疗食物中毒，是根据中医学中对霍乱的病因、证治而进行的。《灵枢·五乱》云："气乱于肠胃，则为霍乱；……取之足太阴、阳明"。食物中毒之上吐下泄，系肠胃失和，升降失司，宜健中和胃。所治病例①、②西医均诊断为食物中毒，临床表现为吐泻腹痛交作，以致伤阴亡阳，藏氏取胃募中脘以健中和胃，内关镇逆止吐，天枢、关元分别为大肠小肠之募，疗腹痛以止泻利；足三里为阳明之合穴，能培土以强身，和脾胃以治吐泻；委中放血可治疗腹痛、吐泄；承山舒筋解痉；神阙加灸以救元阳失守之急。藏氏指出小儿及老年人多用单刺法，灸神阙最好用艾炷隔盐灸至四肢复温，血压上升，仓促之间，艾条效果亦佳。

吕景山医案：吕氏指出慢性肠炎，因病程长，反复发作，治疗较难，必须作较长时期的治疗，才能奏效。从较多病例临床症状看来，一般多以脾胃虚弱为主症，故治法以补脾助运为主，治疗时宜针灸并施，且应注意饮食，耐心治疗，可收全功。所治病例辨证为脾胃虚弱型泄泻，西医诊断为慢性肠炎，治宜温中散寒，健脾止泻。选取建里、足三里伍用，是为治疗脾胃虚弱所引起的消化不良，食欲不振，自汗，倦怠无力，胃脘痛，腹痛，泄泻而设。以建里升清阳、健中宫，足三里补脾胃、降浊逆，二穴参合，一升一降，升降协合，加之出针后用大艾炷灸，使健脾胃、补中气、疗虚损、增食欲、止泄泻之力倍增，如此针、灸结合，则 8 年痼疾痊愈矣。



钟梅泉医案：钟氏认为急性胃肠炎属于中医“霍乱”、“泄泻”、“呕吐”的范畴，常常在胸椎5～12两侧有条索、结节并有压痛，颌下可摸到结节，胃区皮肤温度较低。如重证吐泻频剧，最易耗阴伤阳，四肢肌肤厥冷不温。梅花针对本病疗效明显，收效较快。治疗时一般采取中等程度或较重刺激，阳性物处及阳性反应区采用重刺激手法，每日可治疗2～3次。对急症患者的治疗，当在症状改善后，观察1h左右，随即再予治疗1次，以免症情反复。所治病例①辨证为邪秽湿热，阻滞中焦型泄泻，西医诊断为急性胃肠炎。钟氏拟以清热利湿，和胃为治。选取胸部、腰部、重点叩打胸椎5～12两侧、中脘、天枢、上腹部、腘窝部、足三里、内关、阳性物处进治。当即采用梅花针1次后，症状减轻，过1h后再给予治疗1次，恶心不作，腹痛消失。钟氏认为过敏性结肠炎属于中医“腹泻”范畴。患者在胸椎8～12两侧有条索及压痛，腰部有条索或泡状软性物，腰椎1～2处叩诊常出现痹呆音，下腹部皮肤温度较低。梅花针治疗本病收效明显，一般采取中等程度刺激。阳性物及阳性反应区采取较重刺激手法。病例②辨证为脾虚湿滞型泄泻，西医诊断为过敏性结肠炎。钟氏拟以健脾利湿、温中止泻为治。选取胸椎5～12两侧、腰部、下腹部、内关、中脘、天枢、关元、足三里、阳性物处进治而愈。

师怀堂医案：师氏指出火针在《黄帝内经》中称之为“燔针”；《伤寒杂病论》称“烧针’、“温针”；宋《针灸资生经》称之“白针”、“火针”；川蜀人称之为“煨针”；《医宗金鉴》称为“烙针”；《针灸大成》称之“火针”。火针疗法是用特制的针体经加热、烧红后，采用一定手法，刺入身体的腧穴或部位而达到治病、防病的一种特殊方法。火针疗法具有通经活络止痛、温寒活血散风、软坚消结化瘀、清热解毒利湿、调和阴阳气血，扶正祛邪强壮等多种功效，因此，火针治疗慢性泄泻有较好的治疗效果，一些临床难愈的长期腹泻，如慢性非特异性结肠炎等，应用火针亦较理想。师氏所治病例西医诊断为慢性结肠炎，中医辨证为脾肾阳虚型泄泻，拟温阳除湿，健脾止泻法治之。师氏认为火针治疗在祛邪的同时，更有温补脾胃的功用，故在慢性虚寒性泄泻中显示出较好的止泻效果。用细火针点刺水分、中脘、天枢、止泻、大小肠俞、阴陵泉、命门诸症大减，经治痊愈。

刘保延医案：刘氏认为小儿腹泻，是儿科中最常见的病证，可用火针治愈，功效甚佳。所治病例为小儿，辨证为寒伤中焦，胃肠不和型泄泻。治以温中散寒，调理肠胃，先用磁圆针中等强度叩击患儿任、督、胃、脾、膀胱诸脉，运用补法；再用细火针点刺中脘、天枢、气海、止泻、足三里穴。针后按压穴位，有温热感循经感传，1次痊愈。刘氏主张应用火针止泻时应注意：①治疗时针对小儿特点，尽量浅刺，减少患儿痛苦；②长强穴止泻有奇效，但针刺技术要求高，应注意进针方向及深度，最忌直刺误伤直肠，造成不必要的医疗事故。

第十六节 痢疾

一、张涛清

(一)湿热痢(细菌性痢疾)《张涛清针灸治验选》

汪某,男,32岁。1956年5月10日开始发热、腹痛,泻黄色水样便,后变为脓血黏液便,红多白少,每日9次以上,并伴有里急后重,头痛,全身倦怠无力,食欲不振。1956年5月12日入所隔离治疗。检查:体温39.4℃,脉搏80/min,营养稍差,舌有厚白苔,心肺无异常,上腹部柔软,肝脾未扪及,左下腹乙状结肠部有剧烈压痛。血象检查,白细胞总数为15.6×10^9/L(15 600/mm^3),中性0.84,淋巴0.16。大便培养为福氏痢疾杆菌阳性,当日即施以针灸治疗。取下脘、天枢(双)、关元、足三里(双)针,并取神阙(灸),因高热配针刺大椎、曲池,每日1次,留针40min,针后体温降至38.8℃,头痛消失,腹痛、里急后重减轻。第2天,脓血便减为3次,黏液脓血减少,体温恢复正常。继针上穴,第3天,腹痛、里急后重消失,食欲增进,以后大便每日1次,粪便为黄色成形软便。第4天,已无任何感觉。再观察2d,大便培养阴性,病愈出所。

(二)休息痢(阿米巴痢疾)《张涛清针灸治验选》

王某,男,41岁,军人,1957年6月初诊。自诉:1954年8月初先患腹泻,每日2~4次,后转为痢疾,泻下黑色稀便多,内夹脓液及泡沫,有时纯下脓团,伴阵发性腹痛,痛即欲便,便时少腹下坠,肠鸣,里急后重,肛门紧缩,食纳差,日久不愈,身体逐渐消瘦,疲乏无力。经某医院检查,确诊为“阿米巴痢疾”。曾在兰州、北京等地医院服用中西药物治疗,有所好转,但遇气候变化或饮食稍有不慎时(如饮食过量或食生冷辛辣等),即下痢腹痛等症状加重。1957年6月来我院要求针灸治疗。检查:患者脐周及下腹部压痛,面色萎黄,化验诊断为阿米巴痢疾,辨为休息痢,治宜健脾益气,清化湿热。取穴:下脘、天枢、气海、关元、足三里、神阙。手法:隔日针刺1次,行先泻后补手法,每次留针30min,间歇期行针2~3次,神阙穴隔盐大艾炷灸5壮。第1次针后,泻痢即止,2d未解大便,针刺4次后,腹痛消失,大便成形,针刺6次后,诸症基本消失,患者怕病复发,要求多针几次,又继续针灸治疗7次,经高倍镜检查,阿米巴原虫消失转阴,病告痊愈。1957年9月27日患者来信说:“病愈后返回部队,食量大增,消化功能好,遇食瓜果辣椒之品,再未发病。”

二、郑魁山

饮食不洁,热蕴胃肠型痢疾(急性细菌性痢疾)《郑氏针灸全集》

陈某,男,16岁,学生。因腹痛、大便带脓血4d,1957年9月2日初诊入院。患



者 1957 年 8 月 30 日上午吃甜瓜，下午即感肚子不适，腹泻 1 次，8 月 31 日大便 15 次，便稀，带脓血，伴有发热。在居民医院诊断为细菌性痢疾，经服中、西药物，未见好，即转来我院。患者每 4～5min 泻肚 1 次，带有脓血，腹痛甚，有下坠感。检查：体温 39℃，急性病容，有轻度脱水，精神不振，舌苔黄腻，脉滑数，82 次/min，血压 120/80mmHg(16.0/10.7kPa)，心肺未见异常，腹部平坦，脐周有压痛，以天枢穴处最明显，肝脾未触及，听诊：肠鸣音增强。化验检查：白细胞 11.7×10^{9}/L，中性 0.82，淋巴 0.17，单核 0.01，红细胞 4×10^{12}/L，血红蛋白 12g，尿常规呈酸性，蛋白及糖(－)，白细胞少，大便检查呈黄色，黏液及脓细胞(＋)，红细胞少，大便细菌培养发现痢疾杆菌生长。西医诊断为急性细菌性痢疾；中医辨证系饮食不洁，热蕴胃肠；采用清热导滞，疏调胃肠之法治之。取中脘、天枢、气海、足三里，用凉泻法，留针 30min，每日针治 1 次，针治 2 次时，腹痛、泻痢和发热消失，治疗至 9 月 9 日，针达 8 次时，检查完全恢复正常，治愈出院。

三、魏 稼

湿热痢(急性菌痢)《魏稼针灸经验集》

刘某，男，28 岁。因吃腐烂之食呕吐、腹痛、发热，腹泻伴里急后重，经大便化验，诊断为急性菌痢，虽经治疗，但不见效，因逢魏氏下乡巡回医疗慕名请求治疗。据其舌苔薄黄，脉数等临床表现，辨证为热痢，取天枢(双侧)、神阙、中脘、足三里(双侧)等穴，施隔姜灸。每次 30～45min，局部皮肤潮红为度，令腹部及全身温暖，腹痛及肠鸣音减轻，连施 4 次，显著好转，共施灸 10 次，身体康复，并嘱患者经常于足三里施灸，强身益寿。

四、邱茂良

(一)湿热食滞交阻大肠型痢疾(急性菌痢)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

陈某，女，工人，门诊号：753174。患者因发热、腹痛、腹泻、里急后重 2d 来院就诊。据称 2d 前先有腹痛、肠鸣，大便泄泻水样便，连续几次后，即伴有恶寒，继则发热，大便转为赤白黏冻，腹痛转甚，肛门重坠，便次每日多至 20 余次。就诊时，身热汗出，体温 39.2℃，腹阵痛，痛则欲便，欲行不畅，后重难忍，小便短赤，口渴欲饮，纳呆，有时恶心，舌苔黄腻，脉象滑数。检查：腹微胀气，右少腹部可摸到肠索，触痛明显，肝脾未触及，大便肉眼观察为脓血便，赤多白少，镜检见黏液、脓细胞、红细胞，并找到吞噬细胞，大便细菌培养为佛氏痢疾杆菌。西医诊断为急性菌痢。根据上述症状和检查分析，本病属湿热食滞交阻大肠，伤及阳明气血，故痢下赤白，湿热内蕴，故身热持续，气机失调，故腹痛阵作。治当清泄阳明，消积导滞。取穴：大椎、曲池、合谷以清阳明之邪热；天枢、上巨虚、气海以宣导肠中积滞。用重提轻按手



法，反复行针，加强针感，留针 1h，隔 5min 行针 1 次，每日针 2 次。次日身热渐退，便次减至 10 次以内，腹痛减轻，热邪已见退舍，湿浊滞而未去，原方去大椎、合谷，继续针治，针刺手法适当减轻，留针 30min，日仍针 2 次。至第 3 天热净身凉，便泻减为 5 次，脓血明显减少，腹痛亦轻，苔腻渐化，故食见增，处方用天枢、气海、上巨虚 3 穴，用轻泻法，每日针 1 次。连续 2d，各症均见消失，大便镜检已经正常。只针足三里 1 穴，调理肠胃功能以善其后，至大便细菌培养连续 3 次阴性为止。

（二）寒湿型痢疾（急性菌痢）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

李某，男，43 岁，职员。患者以腹痛下痢黏冻 3d 而就诊。据称入秋以来，多吃瓜果，开始胃口不好，饮食减少，于前日起，腹中隐隐作痛，腹泻，先是便溏，后是稀水，连续几次，即见便出白色黏冻，稍夹红色，每日 10 余次，时觉形寒，但不发热。就诊时腹痛阵作，痛即欲便，便下白多赤少，里急后重，口不渴，神倦思卧，纳呆口黏，舌苔白腻，脉濡。检查：腹柔软，肝脾未及，右小腹轻压痛，体温正常。大便镜检：见黏液、脓细胞、少量红细胞。大便细菌培养为佛氏痢疾杆菌。西医诊断为急性菌痢。属寒湿证，因时属深秋，多进生冷瓜果，中阳受损，运化失权，湿浊阻滞，伤及阳明气分，故见痢下白色，兼及血分，故微夹红色，湿邪未从热化，故无身热口渴等症。治当温运化湿，参以导浊。取上巨虚、合谷，用捻转泻法，取阴陵泉以运脾利湿，行平补平泻法，均留针 30min，并于天枢、气海两穴用艾条灸 5min，每日 2 次。第 2d，便泻减为 1 日 3 次，腹痛减轻。原方续用 2 天，至第 4 天，症状消失，便次与镜检均正常，乃单灸足三里 1 穴，直至大便培养连续 3 次转阴，而停止治疗。

（三）脾胃虚弱，湿浊留滞曲肠型痢疾（慢性菌痢）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

冯某，男，30 岁，干部。患者因腹痛，大便夹有黏冻 1 年，要求针灸治疗。据称去年夏季患发热、腹痛、大便下痢脓血等，经医院检查确诊为急性菌痢，经服药物好转即出院。以后即见大便不正常。疲劳或饮食不注意而复发。发作重时，腹痛下痢赤白，伴有发热等急性期症状。反复多次，均服抗菌药物而获得控制，不发作时，大便多不成形或为溏便夹有黏液，每日 2～4 次不等，腹部有时隐痛，大便镜检可见黏液、脓细胞和少量红细胞。病程中，曾多次大便培养为佛氏痢疾杆菌。患者较瘦弱，面色少华，精神疲倦，口淡乏味，纳食减少，脘腹部有胀痛感，右小腹轻压痛，舌质偏淡，苔白腻，脉象较弱。西医诊断为慢性菌痢。根据病史，结合目前的症状分析，在病之初，无非是湿热积滞之邪，蕴结肠中而成之湿热痢，因为治疗未彻底，致使湿浊余邪留滞曲肠，遇劳或饮食失节而触发。经反复发作，脾气渐衰，运化无权，故见食少便溏，消瘦神倦等症，长期反复。证属虚实互见，治当调补脾胃以治其虚，宣导湿浊以治其实。取穴：①天枢、气海、阴陵泉、上巨虚，针刺用轻泻法，以宣导大肠湿浊；②脾俞、胃俞、中脘、足三里、三阴交，针刺用补法，背腹部各穴针后加灸，以调补脾胃。两组处方交替使用。第 1 周每日 1 次，第 2 周隔日 1 次，经治 2 周后，



大便转为每日1～2次，稍成形，黏冻减少，腹痛已除。原方又续治2周，症状完全消失，饮食增加，苔腻化尽，脉转有力。乃取气海、关元、足三里、三阴交4穴，用艾条灸法灸疗10次后，精神恢复，一如常人。

五、庞中彦

痢疾（细菌性痢疾）《中国当代针灸名家医案》

李某，男，30岁，1972年10月初诊。主诉：发热，腹痛，泄泻2d。病史：患者平素健康，因饮食不慎染上痢疾，发热，腹痛，里急后重，日下红痢20多次。检查：精神困倦，口干，舌苔黄腻，脉滑数。大便培养为宋氏痢疾杆菌。诊断：痢疾（细菌性痢疾）。治疗：清热解毒，祛湿消积。取穴：合谷、足三里、天枢、气海；配穴：地机、关元、曲池。操作：毫针刺法，悬灸。先针足三里，顺次针合谷、天枢、关元，采用较强的多捻针刺激的泻法，留针15～30min，可隔10～15min动针1次以加强刺激，增加疗效。留针期间如果大便急，可多捻两侧足三里穴便可缓解，不必起针。每日针治2次，待症状缓解后，可每天针治1次，用平补平泻中度捻的手法。患者无发热或发热不太高，可在留针时或出针后加悬灸腹部穴位，以加速疗效。初诊主穴加曲池，用泻法，留针20min，针后腹痛减轻。1日针2次，第2天发热退，腹痛轻，里急后重减轻，下痢次数减少。再如上法针刺2次。第3天症状继续改善，改针合谷、地机、天枢、关元，用平补平泻法。第4天大便已成软条状，无血液，改悬灸天枢、气海、足三里。第5天再悬灸上穴1次，痊愈。

六、黎文献

湿热型痢疾（细菌性痢疾）《中国当代针灸名家医案》

周某，男，30岁，1982年6月5日初诊。主诉：腹痛、腹泻2d。病史：2d前因吃不洁水果，3h后，便出现腹痛、腹泻，并有里急后重，大便1日10余次，高热，头痛，烦渴，无食欲等症状。检查：患者面黄体瘦，痛苦面容，舌苔黄腻，脉滑数，体温39.5℃，大便常规检查：白细胞（卄），红细胞（卄），脓细胞（十）。诊断为痢疾（细菌性痢疾），湿热型。治疗：清热利湿，通调肠腑。取穴中脘、天枢、阳陵泉、足三里、曲池。操作每日1次泻法留针30min，第1天上、下午各针1次，以后每日1次。6月6日2诊：头痛、腹痛明显减轻，大便次数减少，体温下降至38℃，取穴治法同前连针5d，症状消失，大便检查正常，临床治愈。

七、马瑞林

脾失健运型痢疾（溃疡性结肠炎）《中国当代针灸名家医案》

刘某，女，26岁，化验员，1987年7月19日初诊。主诉：右侧下腹痛，有时大便带有脓血已3年。病史：3年来时常腹痛，以夏秋较重，大便中时有脓血，于某医院



住院治疗，镜检乙状结肠，有 25cm 长一段肠黏膜糜烂，有部分息肉，诊为溃疡性结肠炎。欲进行手术治疗，患者坚决不同意而采用保守疗法，病情好转而出院，3 年间反复住院 3 次，但病始终未愈。检查：患者神志清楚，面色黄，体瘦弱，舌质淡红，苔白腻，脉细。扪诊：腹平软，右下腹有压痛。诊断：痢疾（溃疡性结肠炎），脾失健运型。治疗：健脾利湿，散寒止痛。取穴：天枢、大横、足三里、神阙。操作：神阙用灸法，艾卷灸每次 7～10min，以患者自觉腹内有温暖感为度。天枢、大横、足三里采用毫针刺之，每日 1 次，7 次后停针 3d，针灸 21 次后，腹痛消失，大便正常，告之痊愈。2 年后随访未见复发。

八、焦顺发

痢疾《头针》

贾某，男，60 岁，山西省运城县安邑乡医院。主证：腹胀腹泻近 4 个月。病史：1978 年 5 月 16 日发现脓血便，每日 14～15 次。先后经中西医治疗未控制住。1978 年 9 月 26 日更严重，脓血便每日 15～16 次，夜间大便 1～2 次。1978 年 9 月 30 日来诊。选区：选双侧足运感区及生殖区，每日 1 次。疗效：针刺前腹胀易便感明显，进针后 5min 腹胀明显减轻，易便感消失。第 2 天大便减少到 1 日 5～6 次，脓血便消失，变成黄色稀粪。第 4 天大便 4 次，仅有胀感。第 5 天经第 5 次治疗后，针刺后腹胀消失，1 日便 1 次，观察 50d 仍正常。

【导读】

痢疾是以大便次数增多，腹痛，里急后重，痢下赤白黏冻为主症。是夏秋季常见的肠道传染病。现代医学中的细菌性痢疾、阿米巴痢疾、溃疡性结肠炎、放射性结肠炎、细菌性食物中毒等疾病，属于本病范畴。痢疾在《黄帝内经》称为“肠澼”、“赤沃”，认为感受外邪和饮食不节是致病的重要环节。《难经》称之为“大瘕泄”。张仲景在《伤寒论》、《金匮要略》中将痢疾与泄泻统称为“下利”，并制定治疗方剂。《诸病源候论》始有赤白痢、脓血痢、休息痢、蛊注痢等名称。唐《备急千金要方》称为“滞下”。宋代严用和《济生方》正式以“痢疾”命名，沿用至今。《丹溪心法 · 痢病》进一步阐明痢疾具有流行性、传染性，并认为痢疾的病因以“湿热为本”，提出通因通用的治痢原则。明清时代《景岳全书 · 杂证谟 · 痢疾》认为“其病本则不在广肠而在脾肾”。《类证治裁 · 痢症》指出痢疾的病机是“胃腑湿蒸热壅，致气血凝结，夹糟粕积滞，进入大小肠，倾刮脂液，化脓血下注”。清代治痢专著《痢症参汇》、《痢疾论》等是谓集痢疾辨证治疗之大成。

古典医籍中应用针灸治疗痢疾的内容很多，《针灸甲乙经》中已有针灸治痢的记载，此后《备急千金要方》主要运用灸法治疗痢疾，《针灸资生经》对痢疾提出数十条治法，选用穴位达 30 个以上，《针灸大成》、《针灸聚英》等书籍均有针灸治疗痢疾的记载，临床实践中积累了许多宝贵的经验。针灸治疗痢疾有较好的疗效。



本节所选医案的主治医家认为，痢疾的病因有外感时邪疫毒和饮食不节两方面，主要病机为邪蕴肠腑，气血积滞，传导失司，脂络受伤而成痢。病位在肠，与脾胃密切相关，可涉及于肾。痢疾的治疗，应根据其病证的寒热虚实，确定治疗原则。热痢清之，寒痢温之，初期实则通之，久痢虚则补之，寒热交错者清温并用，虚实夹杂者攻补兼施。

张涛清医案：张氏应用针灸治疗痢疾有多年的临床经验，指出中医对菌痢认识最早，从《黄帝内经》到历代医家著作，都有较为详细的论述。张氏从1956年开始对人的临床治疗与猕猴和家犬造模进行实验研究，探讨针灸治痢的临床机制，共临床观察菌痢患者613例，收到满意的效果。并在不同年份分别用抗痢药物与针灸疗效进行比较，与此同时，张氏结合针灸治疗的中医理论，从多学科、多学理入手，先后用猕猴、家犬复制菌痢模型，随机分为针灸治疗与对照组，进行相同指标的检测，从实验数据的统计学处理分析结果表明，针灸疗效为优，针灸治疗痢疾从通经络、平阴阳、调气血、和营卫、扶正祛邪、调理虚实、解热镇痛诸方面是有物质基础的，从微观上阐明和论证了中医整体观念的实质，也证明了针灸治病的优越性。张氏认为针灸是目前临床治疗菌痢效果好、收效快、无副作用的方法。所治病例①患者辨证为湿热痢，西医诊为细菌性痢疾，张氏认为痢疾初期多为实证、热证，治宜清热化湿解毒，兼以调气行血，应用自拟针灸经验方：天枢（双）、下脘、关元、足三里（双）、神阙，发热配大椎、曲池，要求治疗时前4穴进针达一定深度，施以捻转提插手法，腹部穴针感向四周扩散，下肢穴针感向上下传导，留针30min，每隔10min行针1次，神阙穴隔盐灸（大艾炷2克）2壮，每日治疗1次，若大便在5次以上者，可每日上下午各针灸1次，治疗4次痊愈。病例②辨证为休息痢。西医诊断为阿米巴痢疾，病势缓慢，迁延难愈。张氏认为"见痢莫治痢，提防伤胃气"，对此要强调顾护胃气的重要性，在整个病程中，调理脾胃是不可忽视的环节。本例宜健脾益气，清化湿热。在主方基础上加气海穴，调其气血，重在调整功能，气调则后重自除，和血则便脓自愈，神阙穴隔盐大艾炷灸5壮，扶正祛邪，针灸治疗7次，病告痊愈。

郑魁山医案：郑氏认为痢疾总属肠中积滞，所治病例，中医辨证为饮食不洁，热蕴胃肠，西医诊断为急性细菌性痢疾，取中脘、天枢、气海、足三里，用凉泻法（操作参见便秘章节）治疗，以清热导滞，疏调胃肠，针治9次，痊愈出院。

魏稼医案：所治病例辨证为热痢，西医诊断为急性菌痢，取天枢、神阙、中脘、足三里等穴，施以隔姜灸，要求用温热灸令腹部及全身温暖，腹痛及肠鸣音减轻，隔5～6h施灸1次。魏氏认为施灸能扶正培本，升提中气，使肠胃中热邪随温热之艾火排出体外，故有佳效。选用灸法治疗热痢，可视为"热证可灸"的典型范例。

邱茂良医案：邱氏认为痢疾主要是内伤饮食，外受湿热疫毒所致，治疗宜清热化湿，消积导滞，调和气血为主，取穴以天枢、气海、上巨虚为主穴，针刺操作以泻法为主，进针要快，针刺较深，得气后，采用紧提慢按结合捻转手法，反复运针以加强



针感，腹部穴针感向四周扩散，下肢穴针感向上下传导。邱氏特别指出，第1、2次治疗，手法运用得当是治疗成败的关键，必须严格掌握，以期顿挫病势。对于病情较重的患者，每日针刺2次或每8h针刺1次。所治病例①患者因发热、腹痛、腹泻、里急后重，诊断为湿热食滞交阻大肠，除用天枢、气海、上巨虚主穴外，配大椎、曲池、合谷以清阳明之邪热，病情迅速好转。病例②患者腹痛下痢黏冻，白多赤少，辨证为寒湿型痢疾，治疗主穴仍为天枢、气海、上巨虚，但于天枢、气海两穴用艾条灸，配阴陵泉运脾利湿，病情缓解后，单灸足三里穴善后调理。病例③因急性菌痢治疗不彻底而遇劳则发，辨证为湿浊余邪留滞曲肠型痢疾，属于休息痢，仍以天枢、气海、上巨虚为主穴，配阴陵泉，用轻泻法，以宣导大肠湿浊，用脾俞、胃俞、中脘、足三里、三阴交补法，背腹部各穴针后加灸，以调补脾胃，两组处方交替使用，经治痊愈。通过以上3例不同证型的痢疾的分析，体现出邱氏选穴配方及治疗方法的灵活性。实践证明针灸治疗痢疾不仅可较快地控制临床症状，且大便镜检和细菌培养也随之转阴，治愈率达92.4%，说明针灸治疗痢疾疗效确实，值得推广。

庞中彦医案：庞氏认为临床应用针灸治疗痢疾，能较好较快地控制患者的发热、腹痛、里急后重等症状，其效果不亚于目前所用的中西治痢药物。但疗效与经络穴位的选择、手法运用得当有很大关系。痢疾属于肠胃之病，邪热之变，应选取相应脏腑所属经穴及相关经络的腧穴为主。而手法运用得当，则可迅速退热，缓解腹痛，其他症状亦随之改善。所治患者痢疾病初属“邪盛正旺”，治宜清热解毒，祛湿消积，顺次针刺足三里、合谷、天枢、关元，采用较强的多捻针刺激的泻法。第3天症状继续改善，改针合谷、地机、天枢、关元，用平补平泻法。第4天大便已成软条状，无血液，改悬灸天枢、气海、足三里。第5天再悬灸上穴1次病愈，体现出庞氏不断根据病情变化而调整腧穴，变换治疗方法的灵活机动的特点。

黎文献医案：黎氏认为针刺治痢，疗效显著，但治疗时应辨证施治，标本兼顾，既要针对病因治疗，又要兼顾临床症状。所治病例属湿热型痢疾，黎氏首取天枢（大肠之募）、阳陵泉（胆之下合）两穴，意在通调大肠腑气，使气调、湿化、滞行；加中脘（胃之募）、足三里（胃之下合），和调胃气而达到化滞降浊的目的。此四穴属募、下合配穴法，主要治疗腑病，患者高热加用曲池（大肠之合）有祛风解表退热之功，乃为标本兼顾之具体体现。

马瑞林医案：所治属于脾失健运型痢疾，西医诊断为溃疡性结肠炎，马氏认为溃疡性结肠炎属中医肠澼范畴，病在下焦，脾胃虚衰，寒湿滞于大肠，气机受阻，气血与肠中浊秽之物相搏，故腹痛，时而便血，且病情顽固难治。取天枢、大横以健脾益气，厚肠止泻；足三里以调运升降，理胃补肠，使肠厚以防与浊秽之气相搏，止泻而摄血；灸神阙以温经散寒止痛，诸穴合用，针灸结合，奏佳甚速。

焦顺发医案：焦氏运用头针，选双侧足运感区及生殖区治疗痢疾，使针感传到相应皮层所支配的肢体或内脏上，借以达到治疗疾病的目的。认为能使痢疾症状



缓解，实为创新之举，值得借鉴研究。

第十七节 便 秘

一、郑魁山

(一)肠胃积热型便秘《郑氏针灸全集》

高某，男，26 岁。脘腹胀痛，嗳气厌食，已 3d 不见大便，小便短赤，面红身热，心烦，唇干口臭，舌红，苔黄燥，脉滑数。辨证系肠胃积热，耗伤津液，采用泻热通便、生津润肠之法，针中脘、天枢、足三里、上巨虚用凉泻法，使腹部和下肢产生凉感，留针 30min。针后不到 30min 即觉肠鸣，急欲大便，开始时便下干硬发黑如羊粪，继则泻下稀便，泻后脘腹胀痛消失，想进饮食，第 2 天再诊时，患者已能进饮食，身已不热，大小便恢复正常，唯仍唇干口臭，仍针上述穴位，用平补平泻法，治疗 2 次病愈。

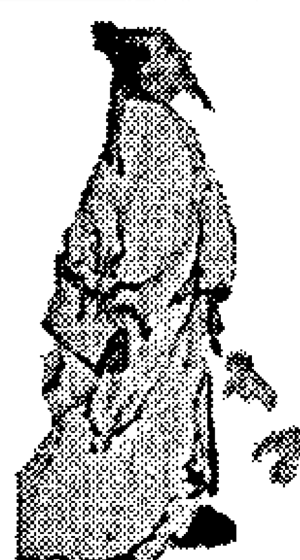
(二)阳明积热型便秘(习惯性便秘)《郑氏针灸全集》

孔某，男，30 岁，工人。因嗜食辣椒，大便秘结，经常 3～4d 大便 1 次，且排出费力，伴有头痛头涨，恶心已 2 年。检查腹部胀满，脐周围压痛，舌质红，苔黄燥，脉数有力。证系频食辛辣，阳明积热，耗伤阴津，大肠失润，腑气不通。采用清热保津，泻热通便之法治之。先针大肠俞用凉泻法，使凉感传到腹部，不留针，天枢用凉泻法，使凉感传到会阴部，配曲池、上巨虚用凉泻法，使凉感传到手指和足趾，留针 30min，起针后 40min 即排便，但粪便干硬，外夹有水液。隔日针 1 次，连针 5 次后，大便通畅，头痛、恶心等症也随之消失，随访 3 个月未复发。

二、杨甲三

肾阳不足型便秘(习惯性便秘)《中国百年百名中医临床家丛书 · 杨甲三》

李某，男，17 岁，学生，1996 年 10 月 5 日初诊。大便干结不爽 3 年余，开始服麻仁丸尚可取效，近年来便秘日见加重，服麻仁丸也无济于事。2 月前曾求诊于某中医师，给予汤药内服，服后溏泻 10 余天。停药后 1 周，又见大便不通，且程度较前加重，大便 6～7d 1 次，粪便干结难出，靠开塞露维持通便，痛苦异常。西医怀疑结肠占位性病变，建议进行乙状结肠镜检，患者心存恐惧，遂前来试治于针灸。诊见面色萎黄，大便干结难下，6～7d 1 次，状如羊粪，纳可，小便如常，舌淡，脉沉迟，尺肤欠温。诊断：冷秘。辨证：肾阳不足。治法：补益肾气，温振元阳，逐寒通腑。针灸处方：大肠俞、肾俞、支沟、照海、关元。刺法：补大肠俞、肾俞，直刺 1～2 寸；补支沟、照海，直刺 0.5 寸。留针 20min。灸关元 5～7 壮，每日 1 次。1996 年 10 月 8 日 2 诊，经针灸 3 次，自觉大便较前省力，质稍变软，仍 3～4d 1 次，效不更方，继如前法治疗。针灸至 11d，患



者大便通畅，量多，成形，1 日 2～3 次，无腹痛等不适。如此持续 3d 后，日行 1 次。遂停灸仅用针刺，每周 2 次，并嘱禁食冰冷，多活动，多吃蔬菜。后经针刺 8 次，疗效稳定，停诊。随访 6 个月未见复发。

三、张涛清

（一）大肠气滞型便秘（巨结肠症）《张涛清针灸治验选》

王某，男，25 岁，学生。自诉：多年来大便干燥，排便困难，有便意但不能排出，饮食不佳，脘腹痞满，口干，经某医院灌肠 X 线钡餐造影检查，诊断为巨结肠症，内服中西药物治疗无效，来我院求针灸治疗。检查：患者左下腹压痛，舌糙不润，苔微黄，脉微弦，辨为气秘，治宜顺气导滞。取穴：归来、大肠俞、气海、天枢、中脘、阳陵泉。操作：主穴归来、大肠俞、气海、天枢、阳陵泉进针后，施以提插捻转手法，得气后行捻转泻法，得气后留针 20min，留针期间行针 2～3 次。第 1 次针后，当日即行排便，连针 3 次后，每日大便通畅，由便秘所引起的一切不适症状也随之消失。针 4 次后，病告痊愈，随访 6 个月，远期效果良好。

（二）气血两虚型便秘（习惯性便秘）《张涛清针灸治验选》

郭某，男，48 岁，干部。自诉：便秘 20 余年，数日不大便，大便干燥不易便出，用力排便后下血甚多，周身酸软，倦怠无力。经常服果导片并外用甘油栓等法治疗，只能奏效一时，近来感到便秘越来越严重，头晕目眩，心悸乏力，精神负担很重，求针灸治疗。检查：左下腹部有压痛，面色㿠白无华、舌质淡、脉细弱。辨为气血两虚型便秘，治宜养血润燥。取穴：归来、大肠俞、气海、支沟、天枢、阳陵泉透足三里、三阴交、脾俞、关元。操作：主穴归来、大肠俞、气海、支沟、天枢、阳陵泉透足三里，如病例①所述，三阴交、脾俞捻转补法。针灸 5 次后，大便开始能解下并逐渐通畅，10 次后便秘及下血悉除，追访多年，疗效巩固，再无便秘之苦。

四、田从豁

气虚型便秘（习惯性便秘）《当代中医名家丛书・田从豁临床经验》

张某，女性，71 岁，1997 年 10 月 27 日初诊。病史：患者 5 年前始大便不畅，每隔 2～3d 1 次，排便困难。曾用“麻仁润肠丸”、“通便灵”等多种药物治疗，服药时可排便，停药后大便更加困难。近 6 个月便秘加重，每隔 3～4d 1 次，排便时非常困难，常伴有自汗体倦，排出的大便不一定干结坚硬，伴有腹胀脘痞，纳谷不香，神疲气短。舌质淡苔白，脉沉无力。诊断：便秘（气虚便秘），治则：益气健脾通便，治疗：取天枢、关元、足三里，用补法。足三里加用温针灸。疗效：治疗 2 次后，患者诉排便困难明显好转，排便时汗出明显减轻。治疗 5 次后，患者大便每隔 1～2d 1 次，排便不需费力，自汗心悸气短明显好转，精神好，腹胀已除，纳食香。



五、纪青山

便秘(习惯性便秘)《中国当代针灸名家医案》

郭某,女,22岁,学生,1981年7月初诊。主诉:大便秘结2年。病史:该患者2年前开始大便不通畅,1周解大便1次,经某医院诊断为习惯性便秘,给服用酚酞片,大便即通畅,药一停便秘如常,因学习紧张靠服用药物维持。故暑假来门诊治疗。症状:大便不通,腹部痞满,便则努责,坚涩难下。检查:身体健壮,面色红润,神清语明,腹部平坦,肝脾未触及,舌质红,苔微黄,脉象滑实。诊断:便秘。治疗:清热养阴,润肠通便。取穴:天枢、大肠俞、支沟、上巨虚、曲池。操作:针用泻法,每日1次,10次为1个疗程,并嘱其养成排便习惯,每日按规定去厕所1次。经针刺1疗程后,每3～4d能排便1次,并排便通畅。

六、钟梅泉

阴液亏虚型便秘(习惯性便秘)《中国梅花针》

古某,女,41岁,干部,1975年7月30日初诊,病历号:251634。习惯性便秘已12年。一般3～4d服润肠片后才能解便,有时4～5d 1次。甚则须灌肠通便。伴有腹胀,口干苦,纳谷欠佳。曾服中药、针灸治疗均未收效。检查:营养状况中等,腹软,肝脾未触及,在左下腹乙状结肠部位可摸及索状粪块。胸椎10～12两侧有条索及压痛,腰、骶部可摸到结节,腰椎1～2叩诊呈痹呆音。脉细数,舌苔薄黄。证属阴虚便秘。拟以滋阴润肠通便为治。根据病证,选取胸椎10～12两侧、腰、骶部、下腹部、脾俞、肾俞、大肠俞、天枢、关元、足三里、三阴交、阳性物处进治。采用梅花针治疗1次后,第2天自解大便1次,唯量较少;治疗4次后,腹胀减轻,大便每日或隔日1次。治疗6次后每日自解大便1次。共治疗15次,症状消失。自采用梅花针治疗以来,未再服过缓泻剂等药物。停诊观察,并随访9个月,疗效巩固。大便每日1次,无不适感。

【导读】

便秘是指粪便在肠内滞留过久,秘结不通,排便周期延长;或周期不长,但粪质干结,排出艰难;或粪质不硬,虽有便意,但便出不畅的病证。现代医学的偶发性便秘、习惯性便秘、巨结肠症、肠炎恢复期肠蠕动减弱引起的便秘、直肠及肛门疾患引起的便秘、药物性便秘、内分泌及代谢性疾病的便秘,以及肌力减退所致的排便困难等均属于中医便秘的范畴。便秘在《黄帝内经》称为“后不利”、“大便难”,认为病机是脾胃受寒,肠中有热,发病脏腑是脾、胃、肠。《伤寒论》提出便秘当从阴阳分类,将本病分为阳结与阴结两类。《金匮要略》将本病称为“脾约”、“闭”、“阴结”、“阳结”等,阐明胃热过盛,脾阴不足,以致大便干燥而坚的病机与证治。宋代《圣济总录》将本病的证治分类概括为寒、热、虚、实4个方面。金元时期,张洁古首倡实

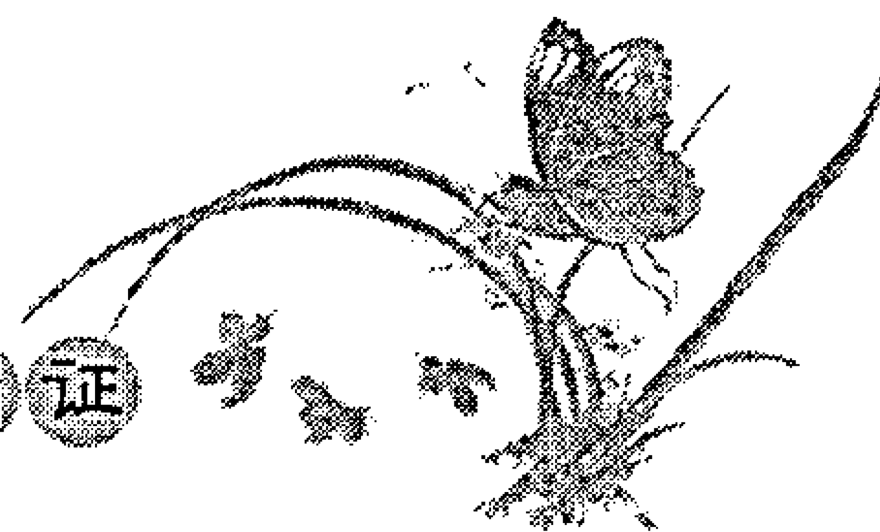
秘、虚秘之别，且主张实秘责物，虚秘责气，至今仍是便秘的论治纲领。《景岳全书》主张将便秘分为阴结、阳结两类，有火的是阳结，无火的是阴结，进一步阐明了两者的病机。

本节所选医案的主治医家均认为便秘发病的原因归纳起来有饮食不节、情志失调、外邪犯胃、禀赋不足等，基本病变属大肠传导失常，同时与肺、脾、胃、肝、肾等脏腑的功能失调有关。治疗应以通下为主，但病有寒、热、虚、实之分，临床应详加辨证，分而治之。针灸治疗便秘古有大量记载，疗效很好，又无药源性副作用，是比较理想的非药物疗法。针灸治疗便秘，应寻找引起便秘的原因，针对病因进行治疗，同时需纠正患者依靠泻药排便的错误作法，配合自我调摄，合理地调配饮食和养成按时排便习惯也很重要。

郑魁山医案：郑氏认为便秘病因虽然不同，但大肠传导功能失常是造成便秘的主要原因。治疗重在疏通大肠腑气，应以大肠俞、天枢为主穴。两穴合用，为俞募配穴，腑气通则传导自能恢复正常。针天枢时，针尖略向下斜刺，使针感向下腹部扩散，患者小腹有下坠感；大肠俞直刺，使局部酸胀，针感向骶髂关节放散。所治病例①系肠胃积热，耗伤津液型便秘是为热秘，采用泻热通便、生津润肠之法治疗，治疗选穴为中脘（胃募）、天枢（大肠募）、足三里（胃下合穴）、上巨虚（大肠下合穴）等，属于募、下合配穴法，是六腑募穴治疗腑病、实证，《黄帝内经》“合治内腑”理论的体现，在针刺操作手法方面郑氏则采用凉泻法，使腹部和下肢产生凉感，达到泻热通便之目的。病例②为频食辛辣，阳明积热，治疗手法均用凉泻法，穴选大肠俞使凉感传到腹部，天枢使凉感传到会阴部，曲池、上巨虚使凉感传到手指和足趾，针后40min即排便。郑氏的治疗，特别体现出选穴配方与治疗手法的相得益彰，两例患者均采用凉泻法，此法操作比透天凉简便，操作时术者左手食指或拇指紧按针穴，右手将针刺入穴内，候其气至，左手减轻压力，右手拇指向后连续捻提 3～5 次，候针下沉紧，提退 1 分左右，针尖向有感应的部位，连续慢（轻）插急（重）提3～5 次；拇指向后再连续捻提 3～5 次，针尖拉着产生感应的部位守气，使针下松滑，产生凉感；根据病情留针后，急速将针拔出，不但能使患者产生凉感，而且能使皮肤温度下降。

杨甲三医案：患者因学习紧张，久坐少活动而发病，因反复使用清热通便泻下之剂，戕杀元阳，损伤大肠津液，辨证为肾阳不足型便秘，属于虚寒范畴，阳虚则推动无力，津亏则水不浮舟，则大便干结难出，选用大肠俞、肾俞、支沟、照海、关元，针刺以补法，配合灸法，选穴与治疗方法密切配合，共奏补肾温阳、逐寒通腑之功。

张涛清医案：张氏治疗便秘针灸经验处方以归来、大肠俞、气海、天枢、支沟、阳陵泉透足三里为主穴；操作时进针后施以提插捻转手法，得气后行捻转泻法，得气后留针 20min，留针期间行针 2～3 次。所治病例①为大肠气滞型便秘，属于实证范畴，现代医学诊断为巨结肠症。此种便秘往往内服中西药鲜效，张氏以经验处方



治疗，采用针刺泻法，顺气导滞。病例②为气血两虚型便秘，仍用归来、大肠俞、气海、天枢、支沟、阳陵泉透足三里为主穴；加用三阴交、脾俞、关元，采用捻转补法，以养血润燥。由此可见便秘虚实证型不同，但均使用经验处方，体现了针灸腧穴治疗作用的双向性。

田从豁医案：所治病例为典型的气虚便秘，属于虚证范畴，脾气虚，不能升清降浊，则大肠传导无力，致排便困难。治疗选择针刺天枢、关元、足三里，用补法。关元为益气之要穴，足三里亦为强壮要穴之一，加用灸法以加强益气健脾的作用。天枢可加强疏通腑气，通导大肠的作用。诸穴共奏益气健脾之效。

纪青山医案：患者因平素嗜食辛辣之物，少食蔬菜，日久阳明积热，津液受灼，大便燥结而腑气不通而成。故治疗取大肠俞与大肠募穴天枢，配大肠的下合穴上巨虚，以加强疏通大肠腑气的作用，腑气通则大肠传导功能复常，支沟宣通三焦气机，使腑气通畅；曲池泄阳明之热，清热即能保津，诸穴相配，针用泻法，可收清泻胃肠实热，润肠通便之功。

钟梅泉医案：所治病例为阴虚便秘，现代医学诊为习惯性便秘，患者应用中药、针灸治疗均未收效，钟氏认为梅花针对单纯性便秘疗效显著，对由其他疾病引起的便秘也有较好的排便之功。根据病证，选取胸椎10～12两侧、腰、骶部、下腹部、脾俞、肾俞、大肠俞、天枢、关元、足三里、三阴交、阳性物处进行梅花针治疗，主张采用较重刺激手法，特别在阳性物和阳性反应区更应重刺激，患者自采用梅花针治疗以来未再服过缓泻剂，排便正常。

第十八节　胁　　痛

一、郑魁山

肝气郁滞、湿热熏蒸型胁痛(胆囊炎)《郑氏针灸全集》

王某，男，52岁，农民。因右上腹部胀痛2个多月，1971年10月13日初诊。患者今年6月右上腹部胀痛，不能吃东西，在某县医院诊断为胆囊炎，住院10余天，治疗后有些好转。因不做手术而出院，服药物治疗，未见明显效果，近来病情加剧，右上腹部发硬、阵发性胀痛，不敢吃东西，有时反胃，恶心呕吐，大便干。检查：痛苦病容，面色晦黯，舌质红，苔薄白，脉弦紧，80/min。右上腹肋骨边缘有一肿物坚硬、压痛，侧卧时肿物可垂至腹部中线、下至梁门穴处。西医诊断为胆囊炎；中医辨证系饮食不节，肝气郁滞，湿热熏蒸，胆失疏泄。采用疏肝理气、清热利湿、泻胆通腑之法治之。取日月、阳陵泉，用泻法；中脘、梁门、足三里用平补平泻法，留针30min。治疗至10月27日，针治10次时，上腹部胀痛减轻，大便即不干，肿物变

软；治疗至 11 月 15 日，针达 20 次时，上腹部胀痛消失，肿物渐小；治疗至 12 月 6 日，针达 30 次时，肿物消失，治愈停诊。1972 年 3 月 10 日随访未复发。

二、张涛清

肝气郁结型胁痛(胆囊炎)《张涛清针灸治验选》

唐某，女，55 岁，家庭主妇，1977 年 9 月 23 日初诊。自诉：1977 年 9 月 21 日晚 22:00 时许，突感右上腹部伴胁肋部疼痛，为阵发性发作，辗转难忍，牵涉右肩部及右侧颈部，疼痛时可持续 30min 不解。恶心，呕吐，吐出物初为清水，继之为黄绿色苦水。头部出冷汗，手脚发凉。经医院门诊注射卡那霉素，静脉点滴葡萄糖液，注射硫酸阿托品等治疗，一昼夜疼痛未见减轻，遂要求针灸治疗。检查：患者神志清楚，弯腰捧腹，呻吟不已，右上腹季肋下压痛明显，局部肌肉紧张，伴随恶心呕吐，舌红苔白，脉弦数，经胆囊造影诊为“胆囊炎”，辨为肝气郁结。治宜疏肝利胆，行气止痛。取穴：支沟、阳陵泉、绝骨；手法：进针得气后，施以泻法，留针 20min，间歇期行针 2～3 次。起针后，疼痛大减，当晚安静入睡。9 月 25 日 2 诊，取穴手法同上，针后疼痛即止，其他症状亦消失。

三、于书庄

(一)蛔虫上扰，中焦气结型胁痛(胆道蛔虫症)《于书庄针灸医集》

李某，男，7 岁，1975 年 9 月 6 日初诊。不安，叫喊，出汗，面色黄，呕吐。检查：右上腹压痛，未见外科体征，下唇内有蛔虫点，脉沉伏。辨证：证系蛔虫上扰，中焦气结。治法：治以理气止痛。治疗经过：针刺支沟、中脘、阳陵泉(双侧)，得气后取较强酸胀针感，留针 30min。针后痛缓如常人。次日复诊，仅感剑突下闷胀，针穴同前而愈。

(二)肝胆气滞，湿热内蕴型胁痛(胆囊结石、慢性胆囊炎)《于书庄针灸医集》

王某，女，66 岁，病历号：603971，1976 年 8 月 26 日初诊。患者右胁痛 3 年余，胁痛向后背放射，常有剧烈绞痛发作，发热，恶心呕吐，腹泻。曾去某医院口服胆囊造影剂，14h 后摄 X 线片，胆囊于右十二(胁)肋处呈鸡卵形显影，其内充满无数颗粒状充盈缺损，漏斗部较窄，胆囊管显影且扩大，亦有颗粒状充盈缺损。服脂肪餐后 40min 拍片，胆囊无明显缩小，颗粒状充盈缺损仍在。诊断为胆囊结石、慢性胆囊炎、胆囊收缩功能欠佳。检查：望其舌质淡红，苔黄腻，切其脉沉弦，辨证：证系肝胆气滞，湿热内蕴所致。治法：治宜疏肝理气，清热利湿。取穴：①内关、中脘、气海、期门、足三里、太冲。②膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞。两组穴交替使用，每周 3 次，12 次为 1 疗程。治疗经过：经 1 个疗程治疗后，胆绞痛未发作，亦未发热，大便正常，胁痛减轻，已不呕吐，仍感后背发热，晨起恶心。第 2 疗程后，胆绞痛未作，大



便时好时坏，右胁隐痛间隔时间延长，恶心、后背发热均减轻。继而开始排石，令患者早6:00时服中药排石汤1剂，8:00时进脂肪餐，8:30针刺阳纲透胆俞、至阳、阳陵泉。隔日1次，连续2次。针药后，9日大便2次，10日大便1次，11日大便4次。排出的大便均用水冲洗，洗出大量的泥砂样结石，但颗粒大的结石一块也没有。排石后，右胁下有时隐痛，后背已不发热，大便正常，清晨仍恶心，经休养一段时间后，乃进行胆囊摘除手术治疗。

四、杨永璇

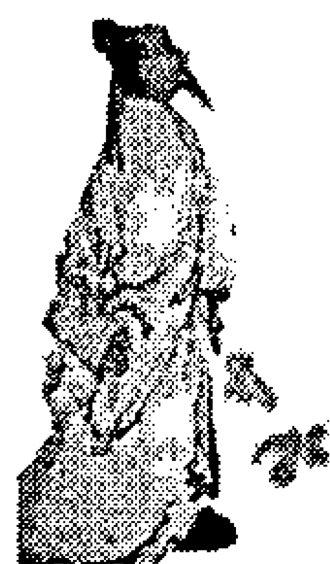
肝气郁结型胁痛《杨永璇中医针灸经验选》

许某，男，67岁。初诊：右侧胁肋疼痛已3个月，起于盛怒之下，负重以后，痛引胸胁，不得俯仰，转侧活动，均感剧痛，呼吸咳嗽，疼痛尤甚。曾经中西药物内服外敷，均未奏效，以致不能参加劳动。当5、6肋间，压痛明显。脉形弦滑，舌苔薄黄，质红。诊为暴怒气逆，操劳负重，肝气郁结，厥阴之络失宣所致。治则：疏泄肝胆。针灸方法：支沟、阳陵泉、行间（均右侧），泻法，用呼吸、徐疾补泻法。痛点加拔火罐。治疗经过：针下痛止，呼吸舒畅，咳亦不痛，起居活动如常，1次而愈。复诊（隔2年又1个月）：因操劳过度，疼痛又起，痛势与前类似，但伴有右胸闷胀作痛。脉弦细，舌苔薄白，质淡红。诊断为气虚劳伤作痛。治则：疏肝理气。针灸方法：内关、阳陵泉、太冲（均右侧泻法）用呼吸、徐疾补泻法；加针右侧丘墟深刺透照海。治疗经过：针刺后，胀痛立即好转。1周后，来复诊，自诉"治疗以来，痛去大半"，再用前法，遂愈。经随访未复发。

五、魏　稼

（一）胆胃失调，湿热蕴结型胁痛（胆囊结石）《魏稼针灸经验集》

邹某，女，46岁，干部，1990年4月20日初诊。主诉：5年前因右上腹突发剧痛而入某医院作B超检查，检查发现绿豆大胆囊结石3枚，经消炎镇痛处理，2d后痛止。此后腹痛约数日发1次，进油腻食品稍多则诱发或加剧，平时腹部胀闷，食少，大便常结，伴有惊悸，失眠，头昏，健忘等症，服中药6个月，未见明显好转，复经胆囊造影2次摄片复查，显示结石未进入胆管，乃前来求针。患者素体较丰，称脘部右侧隐痛，牵引两胁，胸闷不舒，恶心，纳少，舌苔白黄相兼而厚腻，脉沉弦而滑，乃胆胃失调，气机郁滞，湿热蕴结之证，治以调理肝胆脾胃，行气止痛，清热降浊，取阳陵泉、阴陵泉、肝俞、胆俞、期门、支沟，加第10胸椎棘突下旁开0.5寸处夹脊穴（此处有明显压痛），先用一般毫针刺，施"凤凰展翅"泻法，使有较强针感，留针约30min，治疗1周后，上腹胀痛稍减，余症如前。复针4次，收效仍不明显。乃加用"飞针"调气法，通过反复捻转提插，随时调整针刺深度角度，使夹脊穴的得气感传向下或向前沿右肋放射，由于手法过重，针感较强，患者颇难忍受，此次针后，症情



未见好转，反有加重趋势。次日复诊，改"饿马摇铃"法，手法较轻，针感一般；第3天患者来称，昨针后腹部其感舒适，诸症好转。继续针刺1周后，痛大减，进食增加，不恶心，大便正常。再针1周，诸症悉除，经B超复查，仅剩胆囊一枚结石。守上法治1个疗程(10次)，患者因外出停诊，乃于耳穴胆、肝、交感、神门等穴用王不留行子贴敷，嘱平时自用手指按压诸穴，每日3次，每次持续约3min，坚持勿间断。左右两耳交替贴敷，每3日轮换1次。2个月后，患者来告，又经B超复查，结石全部消失。

(二)肝脾不和，湿热蕴结型胁痛(无黄疸型病毒性乙型肝炎)《魏稼针灸经验集》

何某，男，21岁，学生，1974年4月2日就诊。患者正在某大学就读休学归来，诉称去年在校体检发现肝功能不正常，又经几个大医院复诊断为无黄疸型病毒性乙型肝炎，曾先后住院2次，用中西药物治疗共约3个月余，不仅未效，近日有加重趋势，特来求针治一试。患者面色晦黯少华，巩膜无黄染，尿清，检查报告黄疸指数正常，凡白登直接间接试验阳性，TTT：13U，ZnTT：17U，SGPT：674U，HBsAg 2次阳性。现症口苦黏腻，上腹胀闷，偶有恶心，体质食纳尚可，右肋下隐痛不适，四肢乏力，语音低微，寡言笑，少气神倦，抑郁消沉，睡眠尚佳，大便正常，舌苔微黄腻，脉弦而滑，乃肝脾不和，脾胃气虚，湿热蕴结。考虑到长期用中西药物治疗，如再用药可能对肝脏不利，于是单用以下3组穴轮流针刺。第1组：阳陵泉、肝俞、合谷、胃俞；第2组：足三里、脾俞、支沟、期门；第3组：阴陵泉、胆俞、内关、气海。其中背俞穴均取脊椎旁约0.5寸处，与相应背俞平，相当于夹脊穴。因患者畏针，先用一般短细毫针"饿马摇铃"或平补平泻法，中等刺激量，有针感即停止运针，每次留针30min，每日1次。治1个疗程后(10次)，诸症稍见减轻。此时为稳定患者治疗信心，告以针灸有较好增强免疫的作用，鼓励坚持接受针疗，乃改用"飞针"调气法，要求背俞穴有较强针感，每日上午8：00时，下午16：30各针1次，留针期间，间隔约10min运针1次，持续3～4min，每疗程间隔3d，如此治疗1个月后，诸症渐减，精神体力渐佳，再坚持针2个月余，诸症基本消失，为巩固疗效，再治1个月复查，肝功能各项指标基本恢复正常，6个月后返校复查，允许继续就读，准予复学。

六、田从豁

肝郁气滞型胁痛(肋间神经痛)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

沈某，女，58岁，1997年5月15日初诊。主诉：左胁肋痛6年，加重6个月。病史：1991年因着急出现左胁肋跳痛，此后每隔6个月疼痛发作1次，1996年往我市人民医院就诊，诊为"肋间神经痛"，肌注维生素B_{12}效果不显。20d前无明显诱因又现左胁窜痛，痛有定处，如针刺样，余无不适，舌红，脉弦紧。辨证：患者因情志所致，肝郁不舒，木失条达，不通则痛。诊断：中医为胁痛(肝郁气滞)，西医为肋间



神经痛。治则：疏肝解郁取穴：蠡沟、期门、章门、中脘、胸夹脊。手法：平补平泻。患者经针刺5次后，疼痛缓解。

七、邱茂良

(一)邪客少阳，肝郁气滞型胁痛(慢性胆囊炎急性发作)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

李某，女，48岁，干部。右胁部剧烈疼痛伴呕吐2h。患者素有慢性胆囊炎病史，今无任何诱因，突然上腹疼痛，翻滚呼叫，汗出肢冷。刻诊，上腹及右胁疼痛，呻吟不已，恶风，时时泛恶心，呕吐1次，吐出黄水。检查：体温38.7℃，身体蜷曲，痛苦表情。右上腹压痛，肌卫明显，舌红，苔黄，脉弦数。西医诊断为慢性胆囊炎急性发作。中医诊断为胁痛。证属邪客少阳，肝郁气滞。取穴：日月、胆俞、支沟、阳陵泉；针刺得气后留针，加用电针，以疏密波，频率为120次/min，强度以患者能耐受为度。留针30min后，疼痛缓解，体温亦随之下降。再针3次；以巩固疗效，诸症消失。

(二)瘀阻胸胁，气机不利型胁痛(胆石症，胆囊炎急性发作)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

王某，女，64岁，工人。右胁肋疼痛8年。开始仅有隐痛，近1年来渐感闷胀。间有明显的刺痛。近2个月来，刺痛症状日渐明显。疾病部位明确，而且位置固定不移，饮食逐渐减少，食油腻后，疼痛立即发作。在省中医院B超检查，确诊为“胆石症”，一直作保守治疗，病情时好时坏。昨天因喝鸡汤，胁肋疼痛又作，剧痛难忍，遂来门诊针灸治疗。检查：痛苦病容，右胁下疼痛，压痛明显，墨菲氏征(+)，疼痛牵及后背和右肩。烦躁，舌质红，苔白腻，脉沉滑数。西医诊断为胆石症，胆囊炎急性发作。证属瘀阻胸胁，气机不利，治拟行气解郁，化瘀破积。取穴：期门、胆俞、阳陵泉、支沟、太冲。各穴均行提插捻转泻法，每5min行针1次，然后留针40min。连续治疗5次，症状有所减轻，但疼痛仍未完全控制。第2天来诊，诉大便中淘出石块，大多是小碎石。结石排出后，胁肋疼痛明显缓解。以上法继续治疗10次后，症状基本消失，而停止治疗。

(三)肝胆湿热，阻滞气机型胁痛(胆石症)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

周某，男，28岁，工人。患者以右上腹剧痛，向肩胛放射，呕吐、黄疸、高热2d而来治疗。自称右上腹阵发性剧烈绞痛，发则扰动不宁，呕吐不食，高热，巩膜与全身发黄，小便短赤，口干欲饮。检查：上腹部压痛，无反跳痛，体温39.5℃。白细胞12×10^9/L(12 000/mm^3)，中性0.80。据称2年来，曾多次在医院检查，确诊为胆石症。舌红，苔黄腻。证属肝胆湿热内蕴。久则结而成石，肝胆气机郁结，故作剧痛，热邪鸱张，故见高热，胆汁外泄，故成黄疸。治当疏通肝胆气机，清湿热，目前先宜缓解剧痛。取穴：巨阙、不容、阳陵泉、太冲、曲池、合谷等。行提插泻法，反复行



针 30min，剧痛较为缓和，加用电针续治。连续 2h 后，剧痛缓和，高热亦减。每日针治 2 次，次日体温 38.8℃，剧痛转轻，不呕吐，能进流汁。续予原法针治，第 3 天淘洗大便中见有黄豆大结石数块，黄疸减退，诸症渐见好转。不想第 5 天又出现高热、黄疸、呕吐、胁痛等症状，一如初诊。仍回原法针刺，又排黄豆大结石多枚，症状又渐减轻。如此反复发作多次，最后一次，症状更为严重，胁痛更为剧烈，高热达 40.0℃，上腹压痛。仍坚持以针刺治疗，每日 3 次，次日排石较多较大，腹痛顿然消失，身热黄疸等亦相继退去，饮食渐见好转。此案前后反复腹痛、呕吐、黄疸等 7 次，共排出结石 74 块，经 X 线摄片检查，胆囊与胆管均未见有结石，而告治愈。随访多年，未曾复发。

（四）肝胆湿热，肝郁脾虚型胁痛（慢性活动性乙型肝炎）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

杨某，男，22 岁，军人。患者肝区不适，食欲不振 15 个月，肝功能反复异常。谷丙转氨酶在 60～114U 之间，肝区疼痛，疲劳，纳差。曾 3 次住院治疗，一直未得到很好的控制。1 个月前又出现胸闷、嗳气泛酸、腹胀等症，经门诊治疗未见好转。1982 年 9 月 10 日复查肝功能：黄疸指数为 4U，麝香草酚浊度试验 8U，麝香草酚絮状试验（＋），谷丙转氨酶 161U，谷草转氨酶 85U。血清蛋白电泳：清蛋白（白蛋白）0.58，α 球蛋白 0.05，β 球蛋白 0.12，γ 球蛋白 0.25。乙型肝炎表面抗原 1∶32，乙肝核心抗原≥1 000。西医诊断为慢性活动性乙型肝炎。入院后经西药常规治疗 10d，无效。转入针灸组治疗。当时主要症状与体征为：乏力、纳差、食后腹胀、肝区隐痛、大便糊状、小便淡黄。检查：巩膜及皮肤无黄染，腹平软，无包块，肝上界第 6 肋间，下界肋下 1cm，剑突下 6cm，质硬Ⅱ度，表面光滑，有轻度叩击痛。脾肋下未触及。无明显的肝掌或蜘蛛痣，舌质偏红，舌体偏胖，边带齿痕，苔薄，脉细缓。证属湿热之邪，阻滞肝胆，气机失调，脾胃运化功能失常，久延不愈，正气受损，成为肝郁脾虚之证。针刺治疗以疏肝解郁、健脾和中为法。取穴：①足三里、三阴交、阳陵泉、太冲；②肝俞、脾俞。两组穴位交替使用，平补平泻，每日 1 次，留针 30min，10min 行针 1 次。经治疗，第 9 天大便转正常，第 18 天精神转佳，食欲恢复正常。肝区疼痛不明显。在治疗过程中，第 6 天后谷丙转氨酶上升至 405U，谷草转氨酶上升至 128U。针刺 14d 后，谷丙转氨酶下降至 256U，谷草转氨酶下降至 61U。以后逐渐下降，第 34 天谷丙转氨酶恢复正常，乙肝表面抗原转阴。第 50 天临床治愈出院。

（五）肝郁气滞型胁痛（乙型病毒性肝炎慢性活动型）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

沈某，男，22 岁，军人。患者乏力，纳差，肝功能反复异常 1 年余，曾 2 次住院接受中西医结合治疗，效果不明显。1983 年 9 月病情加重，出现厌油、纳差、恶心呕吐。间用肝舒乐冲剂、香云片等治疗，症状缓解。同年 11 月复查肝功能，谷丙转氨



酶上升至200U以上。11月19日转入某医院传染科治疗。当时体温正常，乏力，恶心，厌油，食欲差，上腹作胀，肝区隐痛，大便干，小便色黄。舌质淡红，苔薄白腻，脉弦缓。检查：巩膜及皮肤无黄染，肝上界第6肋间，下界肋下2cm，剑突下2.5～3cm，质硬Ⅱ度，表面光滑，轻度压痛及叩击痛，脾肋下扪及边，质中等，无明显肝掌及蜘蛛痣。肝功能：黄疸指数为4U，麝香草酚絮状试验（+），谷丙转氨酶353U，谷草转氨酶152U。血清清蛋白43.5g/L，血清球蛋白33g/L。乙型肝炎表面抗原1∶64。西医诊断为乙型病毒性肝炎慢性活动型。中医诊断为胁痛（肝郁气滞型）。证属肝气失调，故见胁肋隐痛，脾运不及，故见纳呆恶心，腹胀不舒。治疗以疏肝解郁，理气健脾为主。取穴：①太冲、阳陵泉、三阴交；②肝俞、脾俞、足三里。两组穴位交替使用，平补平泻，留针30min，10min行针1次，每日治疗1次。经治疗后3d，厌油、恶心改善，食欲增加，第12天肝区无明显疼痛。1周后谷丙转氨酶开始上升，第2周上升至400U，第3周以后逐渐下降，第50天谷草转氨酶恢复正常，第70天血清清蛋白∶球蛋白比例为4.75∶2.40，肝脾肿大逐渐回缩。第78天谷丙转氨酶恢复正常，第85天麝香草酚浊度试验及麝香草酚絮状试验恢复正常。后改单针足三里、大椎以扶正祛邪，巩固疗效。观察2周疗效稳定，复查肝功能4次均正常，于第100天痊愈出院，经1年随访未见复发。

（六）肝郁脾虚型胁痛（慢性迁延性肝炎）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

陈某，女，45岁，干部。患者于1984年2月16日因乏力、纳差、腹泻，查肝功能谷丙转氨酶>1 000U，黄疸指数正常，诊断为“急性无黄疸型肝炎”进入某医院传染科治疗。入院后经中西医结合治疗1个月，临床症状好转，肝功能正常出院。出院后病情时有复发，常有乏力，肝区疼痛，纳差等症。于同年6月7日复查肝功能，谷丙转氨酶116U。6月23日，以“慢性迁延性肝炎”进入我院传染科治疗。入院时，患者感到肢软乏力，食欲不振，肝区隐痛，脘腹部痞闷，小便淡黄，大便常溏薄，面色少华，舌质淡红，舌体稍胖，舌苔薄白腻，脉弦缓。检查：体温37.4℃，无巩膜和皮肤黄染，肝上界第6肋间，肋下未及，剑突下3cm，质硬Ⅱ度，表面光滑，无明显的叩击痛。脾未触及，无肝掌及蜘蛛痣。肝功能检查：黄疸指数4U，麝香草酚浊度试验<5U，麝香草酚絮状试验阴性，谷丙转氨酶98U，谷草转氨酶<40U，血清清蛋白/球蛋白比例为436∶214。中医诊断为胁痛（肝郁脾虚型）。证属湿热之邪，阻于脾胃，反复发作，中气渐虚，故见纳呆脘胀，便溏乏力等症。由于中虚不运，气机失宜，影响肝气之疏泄，故见胁肋隐痛，肝脾不和之象。治疗以健脾和中为主，疏肝调气为辅。取穴：①太冲、足三里、三阴交；②肝俞、脾俞、中脘。两组穴位交替使用，用平补平泻法，每日1次，每次留针30min。间断行针10min1次。经治疗6d，肝区疼痛消失，第14天食欲、精神均见好转。在治程中，第10天谷丙转氨酶156U，谷草转氨酶631U，以后开始下降，第17天谷草转氨酶恢复正常，第24天谷丙转氨酶恢



复正常。血清清蛋白/球蛋白比例为5.45∶2.70，蛋白总数提高，血小板由治疗前105×10^9/L提高到120×10^9/L，白细胞由治疗前3.6×10^9/L提高到5.1×10^9/L。第34天治愈出院，随访1年未复发。

(七)湿浊中阻，气滞血瘀型胁痛(慢性迁延性肝炎)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

赵某，男，33岁，干部。患者于1984年7月感疲乏、纳差、腹泻。检查肝功能：谷丙转氨酶79U，麝香草酚浊度试验10U，麝香草酚絮状试验(卅)。住院治疗1个月，临床症状无明显改善，自动出院。经门诊治疗2月余，未见好转，于10月23日以"慢性迁延性肝炎"再住院治疗。入院时的主要症状：肝区疼痛，有时刺痛，入夜尤甚，纳差，胸脘作胀，嗳气频作，乏力肢软，大便偏干(每日1次)，面色晦滞，舌质紫黑，舌体胖，有齿痕，苔薄白腻，脉弦滑。腹平软，肝上界第5肋间，肋下及边，剑突下3cm，质中，有压痛和叩击痛，脾未扪及。无肝掌及蜘蛛痣。实验室检查：黄疸指数为5U，麝香草酚浊度试验9～10U，麝香草酚絮状试验(卄)，谷丙转氨酶110U，谷草转氨酶81U。乙型肝炎表面抗原1∶128，乙型肝炎核心抗体阳性。血小板90×10^9/L，白细胞3.5×10^9/L。本症初期，由于湿浊中阻，肝脾失和而致纳呆，便溏，乏力等症，治疗失宜，以致久延不愈，导致气滞血瘀，故见胁痛拒按，入夜加剧，舌见紫黑等症。治当理气活血，益脾助运。取穴：①太冲、足三里、三阴交；②膈俞、肝俞、脾俞。两组交替使用，平补平泻，每日1次，每次留针30min，10min行针1次。经治疗7d，肝区疼痛缓解，腹胀消除；第17天肝区疼痛消失，纳食增多；第24天精神转佳，食欲恢复正常，舌质紫黑退去，苔薄白。在治疗过程中，第7天谷丙转氨酶上升到151U，第13天谷草转氨酶上升到158U，第28天谷丙转氨酶上升至280U，谷草转氨酶上升至178U，以后逐渐下降。56d后，谷草转氨酶恢复正常，77d谷丙转氨酶恢复正常。血小板上升至102×10^9/L，白细胞上升至5.05×10^9/L，乙型肝炎表面抗原1∶64，78d治愈出院，门诊随访1年未复发。

八、钟梅泉

肝气郁结，络脉阻滞型胁痛(肋间神经痛)《中国梅花针》

陈某，女，37岁，翻译，1965年12月2日初诊。左前胸阵发性疼痛2天。数天前遇事不舒，心急烦闷，随后出现前肋疼痛，位于右侧第2～3肋间处，深呼吸时疼痛加重，妨碍睡眠。服消炎镇痛片未收效，就诊时仍疼痛。检查：心肺未见异常。右前胸2～4肋间隙有压痛，于患部相应脊柱旁和胸骨旁有明显压痛点，胸椎1～7两侧有条索和压痛，诊断为肋间神经痛。脉细弦，舌苔薄。证属肝气郁结，络脉阻滞。拟以疏肝解郁，通络止痛为治。根据病证，选用胸椎1～10两侧、患部肋间隙、支沟、肝俞、期门、阳性物处进治。采用梅花针治疗1次，疼痛即止。第2天复诊时告知，针后未再疼痛。为巩固疗效，再治疗1次而停诊。随访观察2年1个月疗效巩固。



九、黄建章

蛔虫上扰型胁痛(胆道蛔虫病)《古今针灸医案医话荟萃》

吴某,男,29岁,农民。1962年11月17日入院。自诉:右上腹部阵性绞痛3d,入院前常感脐周隐隐作痛,按之则舒,时吞酸吐水,住院前4d口服派吡嗪糖浆驱蛔,便下蛔虫10多条后觉剑突下右侧处剧烈疼痛,约30min后缓解,尔后胀痛,疼痛无明显扩散,阵发性疼痛每日3～4次,注射止痛剂无效,现仍上腹部疼痛每日3～4次,疼痛如绞似刺,痛彻心背,啼哭大叫辗转床第,坐卧皆非,其妻见状,互相抱头大哭。适院长查房至,鉴及前医治之用哌替啶止痛无效,因而请笔者治疗。查呈痛苦面容,面苍白,舌红润,苔腻浊,呻吟声洪,无肠鸣,腹软剑突下右侧处压痛明显,肢冷脉细,四诊合参,证属蛔厥。检查:白细胞21.5×10^9/L(21 500mm³),中性0.23,淋巴0.77,红细胞5×10^{12}/L(1 500万/mm³);大便检查:蛔虫卵(+);胸透,心肺(-);肝功能检查:黄疸指数4U,其他正常。诊断为胆道蛔虫病。治取阳陵泉、中脘、胆俞施以龙虎交战法,当针刺阳陵泉得气后,感传循胆经至上腹,痛立减,留针20min以上,在留针15min后如法再施1次,起针后疼痛基本消失。翌日,按上穴如法再针1次,观察3d,痛未复发,验血白细胞降至8 000,痊愈出院。

【导读】

胁痛是指以一侧或两侧胁肋部疼痛为主要表现的病证,是临床上比较多见的一种自觉症状。现代医学中如急慢性肝炎、胆囊炎、胆系结石、胆道蛔虫、肋间神经痛等均属此范畴。有关胁痛的记载,最早见于《黄帝内经》,并明确指出本病的发生主要与肝胆病变相关。后世医家在《黄帝内经》的基础上,对胁痛的病因病机及临床特征又有了进一步的认识。如《诸病源候论》指出胁痛的发病脏腑主要与肝、胆、肾相关。严用和《济生方》中认为胁痛的病因主要是由于情志不遂所致。《景岳全书》将胁痛分为外感与内伤两大类。

本节所选医案的主治医家均认为胁痛的病因主要有情志不遂、饮食不节、跌仆损伤、久病体虚等多种因素,导致肝气郁结,肝失条达;或瘀血停着,痹阻胁络;或湿热蕴结、肝失疏泄;或肝阴不足,络脉失养等诸多病理变化,最终导致胁痛发作。胁痛之治疗原则当根据"通则不痛"的理论,以疏肝和络止痛为基本治则,结合肝胆的生理特点,灵活运用。实证之胁痛,宜用理气、活血、清利湿热之法;虚证之胁痛,宜补中寓通,采用滋阴、养血、柔肝之法。

郑魁山医案:所治病例辨证为饮食不节,肝气郁滞,湿热熏蒸型胁痛,西医诊断为胆囊炎,采用疏肝理气、清热利湿、泻胆通腑之法治之。选取胆的下合穴阳陵泉,胆募日月,用泻法以疏肝泻胆,胃募中脘和下合穴足三里及胃经的梁门调理利湿,选穴简单而有效。

张涛清医案:张氏认为胆为中清之腑,与肝互为表里,内藏清汁,故称"中清",



其功能疏泄，参与消化。若因某种原因，病邪郁于少阳，枢机不利，疏泄通利作用受阻，胆汁瘀积，流通不畅，肝胆疏泄功能失职，经脉气机阻滞，气血运行不畅，则发生炎症，发生胁痛。所治病例辨证为肝气郁结型胁痛，西医诊断为胆囊炎。患者病程虽较长，反复发作多次，应用中西药物治疗不见好转，改用针刺，取穴支沟、阳陵泉、绝骨，一次痛减，两次后疼痛再未发作，说明针灸治疗胆囊炎所致的疼痛，确有针到痛除之效，具有简、廉、效之优点。张氏指出针刺的作用，主要是通过调节胆与三焦之经气，达到疏肝利胆，行气止痛之效。

于书庄医案：于氏指出胆道蛔虫证属于中医学“蛔厥”范围，为肠道蛔虫症最常见的并发症之一。多见于农村的儿童及青壮年。临床“症状严重，体征轻微”为本病的特点，若胆道有多条蛔虫，则上腹压痛范围广泛而剧烈，可出现轻度黄疸。所治病例①辨证为蛔虫上扰，中焦气结型胁痛，西医诊断为胆道蛔虫症。针灸选取中脘、支沟、阳陵泉治疗。中脘为腑之会穴，六腑有病皆可取之；支沟为手少阳经穴，阳陵泉为足少阳合穴，三穴合用共奏疏导少阳，理气止痛之效。于氏认为针灸治疗胆结石有疏肝理气，清利湿热，增强胆囊收缩，促进排石的作用。病例②辨证为肝胆气滞，湿热内蕴型胁痛，西医诊断为胆囊结石、慢性胆囊炎；选取①内关、中脘、气海、期门、足三里、太冲；②膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞，两组腧穴交替使用，进行基础治疗，针刺后胆绞痛未再发作，诸症消失或减轻，继而采用排石总攻疗法，将服用中药、进脂肪餐、针刺阳纲透胆俞、至阳、阳陵泉相结合后排出大量泥砂样结石。但由于胆囊的漏斗部狭窄，颗粒较大的结石无法通过，这说明疾病的性质亦会影响到针灸的疗效。

杨永璇医案：杨氏认为胁肋为肝胆经脉所布，尤以胆经为主，根据“经脉所过，主治所在”的循经取穴和“荥俞治外经，合治内府”的治疗法则，治疗胁痛宜取足少阳胆经和足厥阴肝经腧穴为主。所治病例辨证为肝气郁结型胁痛，杨氏取内关、阳陵泉、太冲（均右侧），运用呼吸、徐疾补泻法，配合痛点加拔火罐，既可疏泄肝郁气滞，疏调阴阳气血，又可利气机，而收活血化瘀止痛之功，寓有“气行则血行”、“通则不痛”之意；患者 2 年后再次发作，用丘墟深刺透照海，疏泻深部之病邪，再次缓解疼痛。杨氏指出，胁肋疼痛，病因错综复杂，治疗殊为棘手，一般对症施治，虽也能收效，但未能速愈。如能运用呼吸、徐疾补泻手法，即使外伤所致的胁痛，此法运用得当，也可缓解疼痛。且效如桴鼓，屡试屡验。

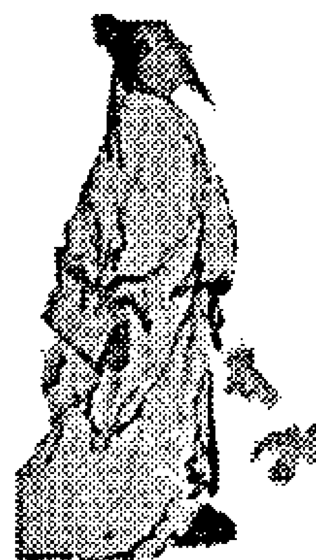
魏稼医案：所治病例①辨证为胆胃失调，湿热蕴结型胁痛，西医诊断为胆囊结石。在治疗过程中，主要应用“凤凰展翅”使有较强针感，收效甚微，乃加用“飞针”调气法，通过反复捻转提插，随时调整针刺深度角度，由于手法过重，针感较强，患者颇难忍受，病情仍未见好转，反有加重趋势。再次改为“饿马摇铃”法，手法较轻，针感一般，但针后诸症好转。魏氏总结经验认为针感并非越强越好，过强不仅使患者难以耐受，甚至可能使病情加重。关于所用腧穴魏氏选用有明显压痛的第 10 胸



椎棘突下处夹脊，乃“阿是”之意。配合两耳交替压丸，平时用手按压诸穴，结石全部排出。魏氏擅用针灸治疗炎症，认为针灸无论对细菌、病毒、原虫甚至寄生虫感染均有疗效，针灸有较好抗炎作用，是一个亟待拓展开发的领域。可惜当前对针灸消炎作用知之甚少，显然影响了针灸作用的发挥。针灸的抗炎机制在于①激发机体的防御功能，增强免疫力。②改变机体的内环境，造成了不利于病原微生物繁殖肆虐的生态环境。③疏通经络，活血化瘀后，改善微循环，为杀灭病原微生物提供有利条件。④与促进机体新陈代谢和毒素排泄也有关。有些五官科炎症、肩臀部毛囊炎等，如在病灶邻近部取穴针灸，近距病所，加之刺激后产生白细胞吞噬功能增强，全身免疫作用增强，故有较好抗炎效果，可补药物治疗之不足。病例②辨证为肝脾不和，湿热蕴结型胁痛，西医诊断为无黄疸型病毒性乙型肝炎。魏氏轮流针刺①阳陵泉、肝俞、合谷、胃俞；②足三里、脾俞、支沟、期门；③阴陵泉、胆俞、内关、气海三组腧穴，用“飞针”调气法，使背俞穴有较强针感，治疗后诸症消失，肝功能各项指标基本恢复正常。

田从豁医案：所治病例胁痛 6 年，其病已久，依其证舌脉，辨证为肝郁气滞型胁痛，仍属实证，西医诊断为肋间神经痛。故针治以疏肝解郁为法，取肝经之蠡沟、肝之募穴期门、胸夹脊以散肝之郁，理气止痛，见肝之病当先实脾，又取章门、中脘土木同治，经治疼痛即缓。

邱茂良医案：邱氏临床治疗急慢性胆囊炎，一般以疏肝利胆，理气止痛为原则。基本取穴为：胆囊穴、三阴交、肝俞、胆俞、至阳。胆囊炎具有不同的症状表现类型，在辨证治疗的同时，还应结合患者的病因，审因治疗。对于肝郁气滞证，选用胆俞、阳陵泉、太冲、日月、中脘、支沟。从邱氏 40 多年来的临床观察与研究来看，针灸对胆囊炎的疗效是肯定的，对于慢性胆囊炎，针灸具有较好的止痛效果，一般针刺既可止痛，又使其他症状明显好转。临床上长时间留针、埋针、耳穴埋压的方法，由于刺激持续时间较长，对慢性病证作用较好。所治病例①辨证为邪客少阳，肝郁气滞型胁痛，西医诊断为慢性胆囊炎急性发作，选取日月、胆俞、支沟、阳陵泉，加用电针 1 次便缓解疼痛，体温下降。3 次诸症消失。邱氏认为针灸对于胆道结石的排石疗效确切，无明显副作用，可以作为胆石症保守治疗的重要方法之一。针灸治疗主穴为巨阙、不容、阳陵泉、足三里、太冲。针刺一般均用提插法加电针，每日 1 次。对于绞痛发作者，要用强烈提插结合捻转泻法，每日 2～3 次，多能控制疼痛。针灸后如重新出现腹痛、发热、脉速、黄疸等，提示结石已经排出，应密切注意观察。病例②、③西医均诊断为胆石症。病例②胁痛 8 年，久痛入络，辨证为瘀阻胸胁，气机不利型胁痛，拟行气解郁，化瘀破积治之。取期门、胆俞、阳陵泉、支沟、太冲，提插捻转泻法，振奋血行，化瘀破积，连续治疗 6 次后结石排出。病例③辨证为肝胆湿热，阻滞气机型胁痛。病例④患者素为肝胆湿热内盛之体，复因过食而致肠腑气机阻滞，肝胃不和，辨证为肝胆湿热，肝郁脾虚型胁痛。夫“六腑以通为用”，今湿热中



阻，腑气不畅，治拟清化，取期门、胆俞、中脘俞募相配，辅以远道选穴阳陵泉、太冲、外丘，以疏调肝胆，蠲邪外达，邪去则腑气自通，疼痛乃止。对于慢性肝炎，邱氏认为由于脾胃湿热久羁，湿为阴邪，易于耗伤阳气，故常出现脾胃阳虚之象，治宜温阳化浊为主。其由于肝胆邪热久羁，热为阳邪，易于耗伤阴气，故常出现肝脾阴虚之象，治当清养肝脾为主。无论阳虚或者阴虚，一经久延，终至累及肾脏，而成脾肾阳虚或者肝肾阴虚之证，又当脾肾或肝肾同治，以扶正固本为主。但由于慢性肝炎一般仍可见湿浊内恋与肝气郁结之实象，虚实夹杂，故在补虚的同时，必须兼顾实邪，补泻之间，权衡轻重，至为必要。邱氏在治疗慢性肝炎观察发现，肝功能不正常或者反复波动，并具有一定的临床症状，表现为疲劳、纳呆、肝区疼痛、大便不调、失眠等症，针灸有一定效果。根据慢性肝炎患者久病体虚和需要长期治疗的特点，处方用穴力求简单，选择肝经之太冲，胆经之阳陵泉，胃经之足三里，脾经之三阴交等穴为主，根据患者肝胆和脾胃症状的轻重加减出入，用提插捻转的补法，给予较轻的刺激，使患者乐意接受，能较长时期的坚持治疗。病例④、⑤西医诊断均为慢性活动型乙型病毒性肝炎。病例④辨证为肝胆湿热，肝郁脾虚型胁痛，病例⑤辨证为肝郁气滞型胁痛。病例⑥、⑦西医均诊断为慢性迁延性肝炎，病例⑥辨证为肝郁脾虚型胁痛，病例⑦辨证为湿浊中阻，气滞血瘀型胁痛，邱氏均以太冲、阳陵泉、足三里、三阴交为主穴，并根据辨证配合用穴针刺治愈。

钟梅泉医案：所治病例辨证为肝气郁结，络脉阻滞型胁痛，西医诊断为肋间神经痛。钟氏观察到胁痛多在前胸肋间隙、患部相应脊柱旁和胸骨旁有压痛，胸椎1～7两侧有条索和压痛。根据病证，选用胸椎1～10两侧、患部肋间隙、支沟、肝俞、期门、阳性物处进治。采用梅花针治疗痊愈。

黄建章医案：黄氏认为胆道蛔虫病常由蛔虫钻入胆道，刺激胆总管引起奥狄氏括约肌强烈痉挛与胆管内压增高后的强力收缩，而造成阵发性剧烈绞痛。所治病例辨证为蛔虫上扰型胁痛，西医诊断为胆道蛔虫病。治取阳陵泉、中脘、胆俞施以龙虎交战法，当针刺阳陵泉得气后，经气感传循胆经上至病所，腹痛立减。黄氏认为针中脘可调升降、理中焦、通六腑，取阳陵泉可通经络、舒筋脉、清胆热，阳陵泉善治胸胁痛及少阳经病变，以调理虚实而收效。

第十九节　黄　　疸

一、郑魁山

感受湿热，内蕴肝胆型黄疸《郑氏针灸全集》

朱某，男，42岁。患黄疸病已6个月，因家贫无钱住医院，只好在家中，由14岁的儿子守候，供给饮食，检查时全身皮肤和巩膜黄染，被褥也被染黄，布面有黄色颗



粒，扫在地上似黄沙，卧床呻吟，发热，口苦，不思饮食，消瘦，腹部胀满，舌苔黄腻，脉弦数。辨证系感受湿热、内蕴肝胆，采用清热化湿、疏肝利胆之法。针期门、日月、中脘、阳陵泉用凉泻法，使凉感传到腹部和下肢，留针20min。第2天身热即退，黄色减轻，口已不渴、不苦。又按上述方法连续针治5次，精神好转，饮食增加，皮肤黄色消退。

二、陆瘦燕

肝脾失调，湿热郁蒸型黄疸《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

张某，女，61岁，退休工人，1960年9月1日初诊。肌肤眼目发黄已7个月余。寒热时作，胸脘胀闷，右侧上腹部作痛，痛时作恶，纳谷呆滞，目黄肤黄。先在内科治疗，已服中药40多剂，疗效不显，转来针灸科门诊。症情如上，兼有小便黄赤，大便色淡，口渴不欲饮，苔黄腻中剥，脉濡滑而数。实验室检查：GOT：55U，GPT：138U，黄疸指数：36U，胆红质：18mg/L。此系肝失条达，脾失健运，湿浊内阻，郁遏化热，湿热郁蒸而发。治拟疏泄肝胆，培补脾土，以图其本，兼用理气之法，以佐健运。土得昭明，则津液自行，气机得运，则湿热能化矣。取穴：①阴陵泉(双)、阳陵泉(双)、光明(双)、蠡沟(双)、足三里(双)、太冲(双)、内关(双)，平针法，得气后留针15min。②气海、中脘、胆俞(双)、脾俞(双)，平针法，得气后不留针。9月7日4诊，肌肤眼目黄色稍减，胸脘仍胀闷，右胁疼痛减轻，纳谷增加，唯大便秘结，仍守原方佐以通腑之法。取穴：①阴陵泉(双)、阳陵泉(双)、光明(双)、蠡沟(双)、足三里(双)、太冲(双)、内关(双)，平针法，得气后留针15min。②气海、中脘、大横(双)、胆俞(双)、脾俞(双)，平针法，得气后不留针。9月12日6诊，大便已通，胸脘胀满较舒，胃纳转香，目黄身黄渐退，精神渐振，仍宗前治。取穴：①阴陵泉(双)、阳陵泉(双)、光明(双)、蠡沟(双)、足三里(双)、太冲(双)、内关(双)，手法同前。②气海、中脘、胆俞(双)、脾俞(双)，手法同前。10月28日17诊，诸恙皆减，再宗前治。取穴、手法同前。11月12日18诊，停诊2周，主诉寒热又作，身目再度发黄，胸闷纳呆，旧症又作，守原意加减。取穴：①阴陵泉(双)、阳陵泉(双)、足三里(双)、中都(双)、光明(双)、太冲(双)、内关(双)，平针法，得气后留钟15min。②气海、中脘、上脘、肝俞(双)、胆俞(双)、脾俞(双)，平针法，得气后不留针。11月17日20诊，针刺后，胸闷又舒，症情均减，仍守原方。取穴及手法同前。自11月19日至12月9日，又针治7次，前后共治27次，诸症悉退。实验室检查：GOT：48U，GPT：34U。胆红质：3mg/L，黄疸指数：4U，停止治疗。3年后随访，恢复日常家务劳动。

三、邱茂良

(一)热重于湿型黄疸(病毒性肝炎)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

蔺某，男，22岁，军人。患者纳少，肢体乏力10余天，出现眼黄、皮肤黄、尿

黄2d。刻诊，不欲饮食，脘腹痞胀，胃呆，口干，大便干结。检查：体温正常，巩膜皮肤重度黄染，腹平软，肝上界第5肋间，肋下未扪及，肝区轻度叩痛，脾脏未触及。实验室检查：尿胆红素(卌)，尿胆素原定性(＋)。肝功能检查：黄疸指数为50U，胆红素定量为106.02μmol/L，谷丙转氨酶＞1 000U。舌质偏红，舌苔黄腻，脉弦滑。西医诊断为病毒性肝炎。中医诊断为黄疸(热重于湿型)。证属湿热内蕴，脾胃运化失职，肝胆气机阻滞，胆液外泄，发为黄疸。针刺治疗以清肝利胆运脾化浊为主。取穴：行间、阳陵泉、足三里、三阴交。用提插捻转泻法，每日2次，留针30min，10min行针1次。针治2d后，精神、食欲好转。复查肝功能：黄疸指数已降至33U，胆红素定量58.14μmol/L，谷丙转氨酶降至485U。第5天精神、食欲逐渐恢复，第7天肝区疼痛等临床症状亦消失，舌苔薄白，脉稍弦。湿热渐退，原方去三阴交，继续治疗，针刺改为每日1次。第9天肝功能检查：黄疸指数13U，胆红素定量18.8μmol/L，谷丙转氨酶116U。第18天，肝功能恢复正常，提示湿热已清，脾运渐复，单取足三里，平补平泻，每日1次，又治7d，以巩固疗效。共住院33d出院。

(二)肝胆湿热型黄疸(急性黄疸型病毒性肝炎)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

施某，男，14岁，学生。患者肢体乏力，纳差，恶心15d，尿黄7d。1981年5月25日检查肝功能：黄疸指数30U，谷丙转氨酶950U。近2日症状加重，伴有呕吐，肝区疼痛不适等，于5月28日急诊入院。检查：体温38.6℃，巩膜及皮肤中度黄染。舌质偏红，苔薄黄腻，脉弦滑。肝上界第5肋间，下界肋下1.5cm，剑突下4.5cm，质软，轻度压痛及叩击痛，脾未扪及。检查：尿胆红素(卌)。肝功能检查：黄疸指数为40U，胆红素定量为75.24μmol/L，凡登白试验直接迅速，麝香草酚浊度试验10～11，麝香草酚絮状试验(卄)。血清清蛋白40.3g/L，血清球蛋白33.9g/L。西医诊断为急性黄疸型病毒性肝炎。中医诊断为黄疸(肝胆湿热型)。湿热时邪，阻于肝胆，气机失于条达，胆汁排泄不畅，溢于肌肤，形成阳黄。针刺治疗以清肝利胆，运脾化湿为主。取穴：大椎、曲池、行间、阳陵泉、足三里、三阴交。用提插捻转泻法，每日2次。留针30min，间断行针10min 1次。经以上治疗1d，肝区疼痛减轻，第2天呕吐恶心停止，第3天体温正常。第4天精神转佳。食欲好转。复查肝功能：黄疸指数为32U，胆红素定量为56.43μmol/L，麝香草酚浊度试验8～9U，麝香草酚絮状试验(卌)，谷丙转氨酶300U，凡登白试验直接双向。第11天黄疸消退，尿色淡黄，肝大已见回缩。复查肝功能：黄疸指数为5U，麝香草酚浊度试验8～9U，麝香草酚絮状试验(＋)，谷丙转氨酶118U。血清清蛋白43g/L，血清球蛋白23.5g/L。肝区尚觉不适，纳食欠香，肝脾湿热未清，原方去大椎、曲池继续治疗，改为每日1次。第18天复查肝功能，黄疸指数为4U，麝香草酚浊度试验5～6U，麝香草酚絮状试验(＋)，谷丙转氨酶＜40U。血清清蛋白47.5g/L，血清球蛋白



19g/L。28 天痊愈出院。

四、肖永俭

肝胆湿热型黄疸（胆管结石）《中国当代针灸名家医案》

王某，男，50 岁，干部，1974 年 10 月 5 日入院。主诉：右上腹绞痛，发热，黄疸近 1 年。病史：患者 10 年来右上腹绞痛，发热、黄疸反复发作，当地诊为胆结石，曾 3 次手术取石并行胆囊切除。近 1 年又犯，右上腹常有发作性疼痛，有时发冷发热，有黄疸。当地医院动员再次手术，患者不同意，来我院治疗。检查：痛苦面容，舌质红苔黄腻，脉弦。体温：37.5℃，血压 100/86mmHg(13.3/11.5 kPa)，脉搏 88 次/min。巩膜无黄染，腹肌紧张，右上腹有手术瘢痕，局部有明显压痛，肝脾未触及。化验：白细胞 9.5×10^9/L(9 500/mm^3)，中性 0.82，淋巴 0.16，单核 0.02，胆管造影胆道增宽，诊为胆管结石。诊断：黄疸（胆管结石），肝胆湿热型。治疗：疏肝利胆，清热化湿。取穴：期门、日月、肝俞、胆俞、阳陵泉、太冲，均取右侧。操作：毫针泻法，期门、日月穴接电针。期门、日月针法：用 28 号 2 寸毫针自穴位内侧平刺进针 1.5 寸，使针尖到达穴位，连接 6805 电针疏密波通电 60min，每日 1 次，并配耳针取穴双侧神门、交感、胆（胰）、十二指肠、皮质下，每日 1 次。治疗 12 次后，突然右上腹绞痛发作，并发冷发热呕吐，体温 39℃，巩膜黄染，按上方加内关，电针治疗 1h 后疼痛缓解，给予静滴四环素。翌日症状缓解，下午从大便中淘出 1.5cm×1.0cm×0.7cm 胆结石 1 块，体温降至 37℃，黄疸逐渐消退，5d 后出院。

五、谢锡亮

肝气郁结型黄疸（慢性肝炎）《中国当代针灸名家医案》

张某，女，37 岁，工人，1983 年 10 月 1 日就诊。主诉：目黄、身微黄 80 余天。病史：患者 80d 前无明显原因出现目黄、身黄、恶心、厌食等症。曾到曲沃县医院检查，转氨酶 145U，麝絮(卄)，麝浊 9U。经医生诊断为急性肝炎。服中药 50 余剂，以及西药维生素 B_6、维生素 B_1、干酵母（酵母片）、肝太乐、肌苷等，未见好转。又经解放军某医院检查，转氨酶 200U 以上，继续用中西药物保肝治疗。但肝功始终未见好转，因此到曲沃县中医院"山西省针灸提高班"求治。检查：目黄，身黄，胁胀，头晕，乏力，恶心少食，睡眠欠佳。检查面色青黄无华，精神不振，神志清醒，形体消瘦，腹部柔软平坦，肝区触痛（+），能摸到肝脏边缘。舌质淡，苔薄白，脉弦。诊断：黄疸（慢性肝炎），肝气郁结型。治疗：疏肝解郁，健脾和胃。取穴：肝俞、足三里。操作：用麦粒大小艾炷，每穴灸 5～7 壮，每日 1 次。用直接灸法，停止使用其他药物。11 月 3 日，饮食增加，黄疸渐消，精神好转，谷丙转氨酶 110U。嘱其继续施



灸,隔日1次。12月5日,一切症状与体征消失,临床检查均正常,停用一切治疗方法。1984年4月随访,身体健壮,正常上班工作,并未再复发。

六、魏风坡

湿热蕴蒸型黄疸(慢性黄疸性肝炎)《中国当代针灸名家医案》

赵某,女,26岁,护士,1968年9月初诊。主诉:目黄、恶心纳差10个月余。病史:患者10个月前无明显原因,出现恶心、纳差、精神不振,继而出现目黄、周身乏力等症。曾就诊于某职工医院,经检查双眼巩膜黄染,肝大2cm、谷丙转氨酶600U,而确诊为慢性黄疸性肝炎。并住院治疗达6个月之久,长期使用中西药物治疗,包括激素、静滴葡萄糖加小量胰岛素,以改善营养及保肝治疗,但上述症状、体征及谷丙转氨酶均未见好转。原单位及医院建议转院治疗,故来我院针灸科病房治疗。检查:患者慢性病容,形体消瘦,精神萎靡不振,情志抑郁,面色黯黄,双目巩膜轻度黄染,肝大2cm,中等度硬,脾未触及,心肺未闻异常。化验检查:黄疸指数26U,谷丙转氨酶640U。小便黄赤短少,苔黄腻,脉弦数。诊断:黄疸(慢性黄疸性肝炎),湿热蕴蒸型。治疗:清热利湿,疏肝利胆。取穴:肝俞、胆俞、脾俞、期门、章门;配穴:足三里、太冲、至阳。操作:上述穴位交替使用,每次选用2~3对穴,每日只针不灸,手法宜泻。经3周针刺治疗后,谷丙转氨酶由640U降至正常,黄疸指数下降18U,接近正常。饮食明显增加,精神振作,情绪良好。又经治疗4周,临床诸症消失,痊愈出院。

【导读】

黄疸是以目黄、身黄、小便黄为主症的一种病证,其中目睛黄染是诊断的重要依据。本病证与现代医学所述黄疸意义相同,可涉及肝细胞性黄疸、阻塞性黄疸和溶血性黄疸,临床常见的急慢性肝炎、肝硬化、胆囊炎、胆结石、钩端螺旋体病、蚕豆黄及某些消化系统肿瘤等疾病出现黄疸者。《黄帝内经》有关于黄疸病名和主要症状的记载。汉·张仲景《伤寒杂病论》把黄疸分为黄疸、谷疸、酒疸、女劳疸、黑疸五种,并对各种黄疸的形成机制、症状特点进行了探讨,并创制治疗黄疸的重要方剂。《诸病源候论》、《圣济总录》都记述了黄疸的危重证候"急黄",并提到了"阴黄"一证。宋·韩祗和《伤寒微旨论》除论述了黄疸的"阳证"外,并详述了阴黄的辨证施治。元·罗天益在《卫生宝鉴》中进一步把阳黄与阴黄的辨证施治加以系统化,对临床具有重要指导意义。清·程钟龄《医学心悟》创制治疗阴黄的方剂。《景岳全书》提出了"胆黄"的病名,初步认识到黄疸的发生与胆液外泄有关。清·沈金鳌《沈氏尊生书·黄疸》有"天行疫疠,以致发黄者,俗称之瘟黄,杀人最急"的记载,对黄疸的传染性及严重的预后转归有所认识。

本节所选医案的主治医家均认为黄疸的病因有外感和内伤两个方面,外感多



属湿热疫毒所致，内伤常与饮食、劳倦、病后有关。黄疸的病机关键是湿，由于湿邪困遏脾胃，壅塞肝胆，疏泄失常，胆汁泛溢而发生黄疸。病位主要在脾胃肝胆，病理表现有湿热和寒湿两端。治疗大法，主要为化湿邪，利小便以利黄疸消退。针灸治疗有较好的利湿退黄作用。

郑魁山医案：所治病例全身皮肤和巩膜黄染，被褥也被染黄，布面有黄色颗粒，扫在地上似黄沙，舌苔黄腻，脉弦数。辨证为感受湿热、内蕴肝胆型黄疸，郑氏采用清热化湿、疏肝利胆之法，针刺期门、日月、中脘、阳陵泉，用凉泻法，使凉感传到腹部和下肢，皮肤黄色消退。

陆瘦燕医案：陆氏认为黄疸除遍身发黄外，必有目黄见症，以目为宗脉所聚，诸经之热，皆得上熏于目。临床上一般可分阳黄、阴黄两大类。阳黄主要由肝胆之火及湿热郁蒸所致；阴黄主要由脾肾两虚、寒湿泛滥外溢而成。陆氏所治病例辨证为肝脾失调，湿热郁蒸型黄疸，故属阳黄，但病延日久，症见正气不足之候，正虚邪实，治宜疏泄肝胆，培补脾土，标本兼顾。朱氏取阴陵泉、足三里、脾俞以健脾化湿；取阳陵泉、光明、太冲、中都、蠡沟、肝俞、胆俞以疏泄肝胆之火；中脘、上脘、气海、内关以行气宽胸。正气得扶，病邪得泄，则肤黄消退矣。

邱茂良医案：邱氏对针刺治疗黄疸有较深的研究，针刺治疗主穴为：足三里、阳陵泉、行间。发热加外关、曲池；湿浊甚者加三阴交或阴陵泉；黄疸甚者加胆俞、阳纲；胁痛甚者加期门、支沟；恶心呕吐者加内关、内庭。多用泻法，以提插捻转为主。临床观察过程中，阳陵泉、行间清利肝胆，同时发现针刺胆俞、阳纲穴可使黄疸指数呈现明显的下降趋势，提示其利胆退黄作用的特异性。所治病例①辨证为热重于湿型黄疸，西医诊断为病毒型肝炎。邱氏认为古人云“无湿不成疸”，然湿有外湿，有内湿，或从寒化，或从热化，与脾胃功能障碍，运化失司密切相关。在发病过程中，湿热是标，是外因，脾胃内虚是本，是内因，而内因起决定性的作用。本例为湿热之证，病程不长，邪未胶结，治当直接以清化湿热为法。足三里、三阴交乃健脾和胃之意，行间、阳陵泉清利湿热，疏肝利胆，肝脾同治，标本同治，热邪得除，湿热得利，因而获满意的疗效。病例②辨证为肝胆湿热型黄疸，西医诊断为急性黄疸型病毒性肝炎，选用主穴足三里、阳陵泉、行间，配大椎、曲池、三阴交，用提插捻转泻法，不仅症状消失，相关理化指标检测也恢复正常。邱氏认为针刺治疗急性黄疸型病毒性肝炎临床改善症状较快，90%的患者精神不振及消化道症状在1周内恢复，81.61%的患者巩膜及皮肤黄染在2周内消退。

肖永俭医案：所治病例为肝胆湿热型黄疸，西医诊断为胆管结石。《临证指南医案》蒋式玉按“阳黄之作，湿从火化，瘀热在里，胆募日月”，治疗宜泻肝胆之湿热。取肝募期门、胆募日月、肝俞、胆俞行泻法以泻脏腑之火，疏利气血。又根据《灵枢·九针十二原》篇的“五脏有疾，当取之十二原”及《灵枢·邪气脏腑病形》篇的“合治内腑”的理论，取肝之原穴太冲，胆之下合穴阳陵泉。其中期门、日月使用电

针治疗，更配合耳针的有关穴位共收疏肝利胆，清泻湿热之功。治疗 12 次后患者突然右上腹绞痛发作，寒热呕吐，体温 39℃，巩膜黄染，加内关，电针治疗 1h 后疼痛缓解，翌日胆管结石排出，黄疸逐渐消退。

谢锡亮医案：《金匮要略》称："黄家所得，从湿得之"，说明湿邪是形成黄疸的主要原因。所治病例西医诊断为慢性肝炎，中医辨证为肝气郁结型黄疸。治疗以疏肝解郁，健脾和胃为治本之法，取穴肝俞、足三里，采用麦粒大小艾炷直接灸而取效。直接灸足三里不仅可以强身健体健运脾胃，还可祛除湿邪，振奋阳气；灸肝俞穴，旨在调理肝气，疏调胆汁，使黄疸得以祛除，两穴配用，收效甚捷。

魏风坡医案：所治病例证属湿热蕴结中焦，熏蒸胆腑，胆汁不循常道而发黄。由于久病湿从火化，瘀热在里，胆热与脾湿相搏，致脾失健运，辨证为湿热蕴蒸型黄疸，西医诊断为慢性黄疸性肝炎。取肝俞、胆俞、期门、太冲，旨在疏肝利胆，使胆汁循于常道；取脾俞、章门、足三里，意在健运脾胃，利湿退黄。只针不灸，手法宜泻，临床诸症消失，理化指标检测正常。

第二十节　淋　证

一、朱汝功

劳淋（尿路感染）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

仇某，女，32 岁，工人，1981 年 5 月 19 日初诊。小便频急，尿时刺痛 1 年多。1980 年 6 月 17 日开始小便次数增多，且急而刺痛，伴有腰部酸楚。即至某医院诊治，诊断为"尿路感染"，服"呋喃坦丁"等药 3d，并服中药 2 个月余，未见好转，转至某医院治疗，小便尿常规检查：红细胞（+），白细胞（++），诊断同上。服多西环素、TMP、呋喃妥因、四环素等，疗效亦不明显；又转某医院求诊，诊断与用药相仿，治疗仍无效。又服中药 6 个月左右，症状稍见减轻，但仍腰间酸楚，晚上小便频数而刺痛，转来我院针灸治疗。诊得症状如上，兼有精神委顿，胃纳呆滞，形体瘦削，夜寐不宁，脉细弦滑，两尺均弱，舌苔薄白尖有红刺，根部现滤泡。湿热下注，留滞州都，久病而脾肾两亏之证。拟清热利湿，补肾宣络为治。取穴：①阴谷（双）+、阴陵泉（双）−、复溜（双）+、中极−、气海+；②肾俞（双）+、上髎（双）−、次髎（双）−。手法：提插结合捻转补泻，得气为度，第 1 组穴留针 20min，第 2 组穴不留针。6 月 16 日 12 诊，针治后，腰部酸楚、尿急尿痛均见明显减轻，精神较振，纳谷转馨，舌尖红刺已退，根部滤泡尚存，守上方出入。取穴：①三阴交（双）−、阴陵泉（双）−、阴谷（双）+、气海+、中极−；②肾俞（双）+、志室（双）+、上髎（双）−、次髎（双）−。手法：提插结合捻转补泻，得气为度，第 1 组穴留针 15～20min。第二组穴不留针。7 月 11 日 16 诊，针刺 15 次后，各症状均已消失，夜寐较酣，胃纳亦馨，精神健旺，体



重增加续巩固之。取穴:①足三里(双)+、三阴交(双)+、关元+、气海+;②肾俞(双)+、命门+、上髎(双)-、次髎(双)-。手法:同前。7月11日后又针治4次,以巩固疗效。半年后随访未发。

二、邱茂良

(一)石淋(左侧输尿管结石,肾绞痛)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

郭某,男,36岁,工人。左侧腰部阵发性剧痛并向下肢放射0.5d。来诊时表情痛苦,颜面苍白,疼痛难忍,坐卧不安。检查脐旁偏上压痛明显,脊旁压痛,腰背部叩痛,定位不清。舌红,苔薄白,脉沉紧。既往有左侧输尿管下段结石史,曾行耳针治疗效佳,故本次仍请求针灸治疗。急令其去放射科急诊摄片,见左侧输尿管中段有轻度梗阻,未见阳性结石影。西医诊断为左侧输尿管结石,肾绞痛。中医诊断为石淋。治当通淋排石。取穴:双侧肾俞、背部阿是穴、三阴交。针入后行提插捻转泻法,以加强针感。留针10min后,患者左侧腰部有麻木感,20min后放射痛消失,能下床饮水吃饭,仅1次治疗疼痛消失。

(二)湿热内蕴型石淋(左肾结石)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

成某,男,35岁,个体业主。1988年4月11日初诊。患肾结石已2年余,近时见左侧腰部阵发性绞痛,并向季胁、小腹、大腿内侧放散,曾在某省人民医院作腹部摄片检查,诊断为"左肾结石",0.8cm×0.7cm大小的单个结石,建议手术治疗,因工作较忙没有时间住院治疗,遂来针灸科试图针灸排石。刻诊:腰胁痛,肾区叩击痛,小便不爽,尿黄,舌红苔腻,脉弦数。证属湿热内蕴,煎熬津液,炼液成石。治疗当清化湿热,利尿排石。取穴:肾俞、志室、京门、地机、三阴交。以上穴位均用左侧,三阴交用双侧,各穴均用提插捻转泻法,持续行针10min,然后留针40min。留针期间,地机和三阴交每隔10min间歇行针,针后未见任何不适,证情亦无变化,嘱其明日再诊。翌日来诊,诉昨夜突发腰痛,小便涩痛,在排尿时排出结石1枚,结石排出后,腰痛症状明显好转,嘱再针几次,以清尿黄、尿涩等膀胱湿热症状。再针3次,症状尽除。

(三)湿热互结型淋证(急性肾盂肾炎)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

袁某,女,28岁,店员。患者以发热、腰痛、尿频、尿痛3d而来诊治。当时体温38℃,头痛,口干欲饮,腰部重痛,小便频数而急迫,尿时灼热,小便黄浊,少腹按之作痛,饮食减少,极为痛苦。曾经某医院检查,确诊为急性肾盂肾炎。舌质红,苔黄腻,脉弦滑。按淋病之发,不外湿热为患,《巢氏病源》谓:"肾虚而膀胱有热也"。本病所见,显属湿热互结下焦,膀胱气化不利所致,治当清利下焦湿热为主。取穴:三焦俞、下髎、中极、水道、阴陵泉、太冲等。均深刺,用提插泻法,留针10min,反复运



针，加强针感，每日1次。连续3次，腰痛减轻，排尿较畅，疼痛亦减。乃按原法续4次，排尿情况基本正常，唯感腰酸乏力。于原法中兼调补肾气，取肾俞、关元、足三里、三阴交等穴加减出入，调治1月而治愈。

(四)劳淋(慢性肾盂肾炎)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

芮某，女，32岁，教师。尿频、尿急、尿痛反复发作已7年，近1个月来加重。7年前因淋雨而见发热，腰痛，恶心，小便刺痛，尿血等症状。经用抗生素及磺胺药物治疗，基本控制了临床症状，此后经常发作，每遇劳累或饮食不慎而复发。本次又因过劳而引发，经中西医结合治疗40余天，症状仍时轻时重，反复不定，且对多种抗生素均产生了耐药性，于是改用针灸治疗。刻诊：腰脊酸痛，恶心欲吐，尿急，尿痛。舌红，苔薄微黄，脉滑略数。检查：肾区有压痛及叩击痛。尿常规：蛋白(＋)，白细胞(卌)，脓细胞(＋)，红细胞(＋)。西医诊断为慢性肾盂肾炎。证属脾肾两虚，湿热未清。治拟培补脾肾，清泄湿热。取穴：脾俞、肾俞、腰部压痛点、足三里、三阴交、中极、气海。以上穴位以毫针刺，行提插捻转补法，其中气海针后加灸，留针40min。治疗隔日1次，治疗7次后，症状有所改善，但小便尚未转阴。将上方去腰部压痛点，继续治疗15次后，小便检查各项指标转阴。去足三里、中极，又经1个月巩固治疗，诸症俱退。嘱加强自我保健，预防复发。

三、陈大中

肾虚型淋证(前列腺肥大)《中国当代针灸名家医案》

雪某，男，57岁，干部，1975年5月12日初诊。主诉：尿频、尿急2年，加重2个月。病史：患者2年多来，腰骶经常疼痛，尿后淋漓不尽，晚上尿频达7～8次，近2年来，又有尿频尿急、尿道刺痛等现象。经泌尿科门诊检查：前列腺液红细胞(—)、白细胞(++)，肛门指诊检查：前列腺肥大并发前列腺炎。因患者对西药过敏，1975年5月12日初诊于针灸科门诊。检查：神智清楚，语言流利，中等形体，行动迟缓。舌质淡胖，舌苔薄腻，脉濡细。诊断：淋证(前列腺肥大)，肾虚型。治疗：补肾益气，行水制水。取穴：内、外至阴。操作：三棱针刺出血15滴，每日左右交替针治。当日尿痛即缓解，3d后尿频亦见好转，10d后症情基本消失，夜尿恢复为1～2次。

四、陈全新

(一)肝经湿热，瘀浊阻滞型淋证(前列腺炎)《陈全新针灸经验集》

关某，男，34岁，工人。主诉：下阴部胀闷、疼痛伴性功能障碍1年余。病史：患者性情急躁，易恼怒。1年前开始常感下身阴部胀闷、疼痛，并向尿道放射，坐热水浴则减，同时伴小便不畅，性交时有射精痛，烦恼不堪。曾在本市多家医院诊治，效不显。既往有手淫史，否认有不洁性交史及泌尿系感染史。前列腺液化验培养阴性。查体：精神不振，心肺正常，肝脾未触及，少腹部无压痛及反跳痛。肛门指诊



前列腺稍有饱满感，纵沟浅，触痛明显。舌淡，边有齿印，舌尖部有瘀点，苔白腻微黄，脉弦涩。诊断：中医为淋证（肝经湿热、瘀浊阻滞），西医为前列腺炎。治法：疏肝祛瘀，清热化湿。取穴：中极、秩边、阴包。配穴：太冲、三阴交。操作：以上穴位均用平泻法，针中极用1寸毫针，针尖朝下，针前应排尿；长针刺秩边、阴包，以上三穴宜导气至会阴部。每次取3～4穴，加刺头针泌尿生殖区及磁珠压贴耳穴肝、膀胱、内分泌、神门点（每次取2点）。每日针治1次，12次为1疗程。2诊：患者诉经针刺后，会阴部胀痛稍缓解，小便仍不畅，舌、脉同前，治疗仍宗原意，加刺三阴交以健脾祛湿利尿。3诊：会阴部胀痛进一步改善，小便较前顺畅，舌尖瘀点减少，舌苔转薄，脉仍细涩。治疗上方加刺关元穴。4诊：以上诸症均改善。继续按3诊取穴治疗共12次，会阴部胀痛消失，小便顺畅，性生活正常。舌淡红，苔薄白，脉缓有力。

(二)劳淋（慢性前列腺炎、前列腺增生术后综合征）《陈全新针灸经验集》

梁某，男，65岁，侨胞，1996年5月初诊。主诉：小便失控2个月余，始于前列腺增生手术后。患者常现尿频、间感尿痛历时5年。经在住地三藩市治疗症状仍时隐时现，5个月前因排尿不利，下腹会阴部胀痛而入住医院，经检查诊断为慢性前列腺炎及前列腺增生，做前列腺手术后则现小便失控，虽经多种治疗未效。由于经常尿裤而被迫加垫尿巾，因此疾困扰而寝食不安，并渐现头晕耳鸣、腰酸膝软及性功能异常而归国就诊。诊见患者神情怠倦，形体消瘦，面色晦暗，肢体活动正常，除下尿巾见会阴部表皮轻度潮红，浅感觉迟钝，脉细迟，舌淡胖苔少。诊断：中医：肾虚。西医：慢性前列腺炎、前列腺增生术后综合征。治法：滋补肾阴，振奋肾阳为主。用补法，针灸并施。取穴：中极、肾俞、膀胱俞、太溪。配穴：气海、命门、三阴交。操作：长针刺膀胱俞，宜导气至会阴部；针刺脐下穴位，应先排尿，刺入深度宜按患者形体而定，以防刺进膀胱，引起腹膜炎。每次取3～4穴，加刺头针泌尿生殖区及磁珠压贴耳穴肾、膀胱、心、内分泌、神门点（每次取2点）。每日针治1次，12次为1疗程。首诊取中极、太溪、三阴交。针下气至迟而微，虽反复运针，气至仍不显。经在针刺部沿经温灸后气至始现。考虑病者体弱，脏腑经络气血虚，为促使经络气血旺盛，嘱其家属携艾条回住处自行温灸脐下任脉、背腰肝俞、脾俞、命门、肾俞及八髎、足三里诸穴。并嘱病者多作提肛动作。1周后针下气至明显，脐下诸穴均气至会阴，肾俞、膀胱俞则可抵达骶区。经12次针灸后小便失控、耳鸣、腰酸等症明显改善，能安睡，食欲增进，每日早晨运动近1h无倦意，在住处自行除下尿巾未发现渗尿现象。经治第2疗程后小便失控现象消失，弃用尿巾整日活动已无渗尿。诊见原患者病容尽退、面色红润，诉耳鸣、腰酸肢怠消失，能安睡、食欲二便常，脉平，舌淡，苔薄润，病瘥矣。为巩固疗效，隔日治疗1次。共治3个疗程，诸恙悉平。嘱携艾条回侨居地每日自行温灸有关穴位而终止治疗。春节寄来贺卡，并喜诉回侨居地后虽商务繁忙，原症未发。病愈矣。



五、杜晓山

石淋(肾结石)《中国当代针灸名家医案》

某男,成年,1988年2月16日初诊。主诉:左侧腰部阵发性绞痛已10余天。病史:患者腰部疼痛已有2年多,今年2月初起腰痛加重,到某医院就诊,诊断为左肾结石,建议其手术治疗,但因有顾虑而未做手术,故来针灸试治。现左侧腰部阵发性绞痛,并向季胁、少腹、前阴、股内侧放散,小便不爽。检查:痛苦面容,舌红苔腻,脉细略数,腹部有叩击痛。诊断:石淋(肾结石)。治疗:清利湿热,疏泄水道。取穴:肾俞(左)、志室(左)、京门(左)、三阴交(双)。操作:用毫针施提插泻法,留针45min,每隔15min提插,针刺1次,术毕出针,嘱其多饮水,注意排尿。第1次针后自觉腰部绞痛缓解,第2天晚来电话告知,在尿中排出结石1枚,腰痛等症均消失。

六、王秀珍

(一)石淋《刺血疗法》

朱某,女,22岁,工人。主诉:左侧腰部持续性绞痛,阵发性加剧3d。患者1976年6月10日上午8:00许,突感左侧腰部剧烈绞痛阵发性加剧,伴向左下腹放射。本县某医院给肌注阿托品0.5mg,当时缓解。6月12日晨又发作,剧痛,坐立不安,并呕吐2次胃内容物。门诊查尿常规:蛋白(+),红细胞(卌)。拟诊左侧尿路结石入院。入院后取次髎穴针刺出血,当即止痛,次日能进饮食行动自如,住院7d,疼痛消失未再发作。出院后中药排石治疗。

(二)劳淋(肾盂肾炎)《刺血疗法》

蒯某,女,42岁,炊事员,1973年4月19日初诊。发热、水肿、尿频、尿急、腰痛反复发作已3年。先后经省某医院检查诊断为"肾盂肾炎",中西药物治疗,久治不愈。1964年有尿路感染病史。化验检查:尿常规蛋白(卄),白细胞(+),红细胞(卄),尿培养有大肠杆菌生长。诊断:肾盂肾炎。治疗经过:取穴肾俞、阴陵泉针刺出血。5月2日2诊,小便较前通畅,腰痛减轻,刺血腰阳关、委阳。5月22日3诊,症状轻微,食纳增加,肢体有力,再刺血肾俞。先后共刺血治疗3次,临床症状消失,尿常规复查正常,随访观察多年,未发病,身体健康。

七、焦顺发

热淋(急性膀胱炎)《头针》

杨某,女,32岁,农民。主因:小便频数伴尿痛20余天。病史:缘于20d前无特殊原因开始有尿频尿急,伴排尿时疼痛及尿道发热,每日白天尿20余次,晚上尿4～5次,但每次量不多,有时仅尿数滴。1978年6月28日来诊。查体:神志清楚,



言语正常。神经系统无阳性体征，膀胱区有压痛。尿常规：蛋白(－)，上皮(＋)，白细胞(＋)。根据病史和体征确诊为急性膀胱炎。选区：双侧足运感区及生殖区，每日1次。疗效：第1次针后排尿次数明显减少，1日小便10次左右，而且排尿时疼痛也减轻。第2次针后，排尿次数更减少，1日仅尿8次，而且每次尿量明显增加，排尿时仅有时微痛。针5次后，排尿次数及尿量均正常，无尿痛现象。随访2个月仍正常。

【导读】

淋证是指以小便频数短涩，淋沥刺痛，小腹拘急引痛为主症的病证。现代医学所指的急、慢性尿路感染，泌尿道结核，尿路结石，急、慢性前列腺炎、化学性膀胱炎，乳糜尿以及尿道综合征等归属于本病范畴。淋证病名始见于《黄帝内经》，称本病为"淋"、"淋閟"。汉代张仲景在《金匮要略》中称为"淋秘"，将其病机归为"热在下焦"。《中藏经》根据淋证临床表现不同，提出了淋证的临床分类。隋唐时期巢元方在《诸病源候论·诸淋病候》中指出"诸淋者，由肾虚而膀胱热故也"，对淋证的病机进行了高度概括。唐宋时期《备急千金要方》、《外台秘要》将淋证归纳为石、气、膏、劳、热五淋。明清时期，对淋证辨证论治的认识有很大的提高。张景岳《景岳全书》指出淋证初起，虽多因于热，但由于治疗及病情变化各异，又可转为寒、热、虚等不同证型。清·尤在泾《金匮翼·诸淋》中"初则热淋、血淋，久则煎熬水液，稠浊如膏、如砂、如石也"的论述，说明各种淋证之间可相互转化，或同时存在，对淋证的认识日趋全面。

本节所选医案的主治医家均认为淋证的病因可归结为外感湿热、饮食不节、情志失调、禀赋不足或劳伤久病4个方面；其主要病机为湿热蕴结下焦，肾与膀胱气化不利。淋证的基本治则为实则清利，虚则补益。具体而言，实证以膀胱湿热为主者，治宜清热利湿；以热灼血络为主者，治以凉血止血；以砂石结聚为主者，治以通淋排石；以气滞不利为主者，治以利气疏导。虚证以脾虚为主者，治以健脾益气；以肾虚为主者，治宜补虚益肾。同时正确掌握标本缓急，在淋证治疗中尤为重要。对虚实夹杂者，又当通补兼施，审其主次缓急，兼顾治疗。

朱汝功医案：朱氏认为泌尿道感染属中医淋证范畴，由于湿热下注膀胱而致。朱氏所治病例患病1年有余，经服多种药物，疗效亦不明显。患者既有肾亏之候，又有湿热未清之兆，辨证为劳淋，西医诊断为尿路感染。朱氏应用针刺治疗急性泌尿系感染，一般数次即愈，本例延成慢性，久治不愈，已成痼疾。朱氏潜心组方，采用泻阴陵泉、中极、上髎、次髎利尿清热；补复溜、阴谷、肾俞、气海、关元、命门强肾以利气化。两组腧穴一泻一补配合使用，终至痊愈。

邱茂良医案：邱氏指出泌尿系结石属于"石淋"，中医认为是肾虚，湿热蕴结下焦，膀胱气化不行所致，肾虚是本，湿热是标。根据急则治标，缓则治本的原则，所以发作时以清热利湿，通淋止痛为主，平时以益肾通调膀胱气机为法。邱氏治疗石



淋的经验是，肾与输尿管上段结石用肾俞、三焦俞、京门、气海为主，输尿管中、下段和膀胱结石用肾俞、次髎、膀胱俞、中极、水道为主穴。湿热型加阴陵泉、三阴交、委阳，用泻法；阴虚加太溪，用补法；肾阳不振加命门、关元，用补法。腹与背部穴位均用结石同侧穴位，下肢取双侧穴位，每次选用3～5穴。腹与背部穴位交替使用。对于绞痛发作，疼痛剧烈的患者，应首先控制疼痛。常根据结石的部位，分别取穴治疗。手法上，进针要深些，行针多采用大幅度的提插捻转，加快频率，反复行针，以加强针感，必要时可加电针。剧痛逐步缓解以后，应作留针观察，疼痛明显缓解后出针。若疼痛反复发作者，可再按原方针刺治疗。所治病例①、②中医均辨证为石淋，西医诊断为输尿管结石。按上法治疗后取效。病例③辨证为湿热互结下焦型淋证，西医诊断为急性肾盂肾炎。取三焦俞、下髎、中极、水道、阴陵泉、太冲等穴清化湿热，利水通淋。腰酸乏力者加取肾俞、关元、足三里、三阴交等穴调补脾肾，以祛余邪。邱氏认为肾盂肾炎急性期治疗不彻底，易变为慢性而反复发作，难以根治，故急性期临床症状消失后，仍须继续治疗一段时间。病例④辨证为劳淋，西医诊断为慢性肾盂肾炎。选取脾俞、肾俞、腰部压痛点、足三里、三阴交、中极、气海等穴治疗补益脾肾，清热利湿。由于肾盂肾炎致病菌易产生耐药性，故较难治疗且易于复发，针灸进行调整，可明显改善症状；但需长时间治疗，对于顽固的病例，可以采用久留针或穴位埋针的方法，才能产生持久的作用。

陈大中医案：前列腺炎、前列腺肥大为男性老年人所常见，应归属于“淋证”范畴。陈氏认为是由肾气虚弱，湿热外侵，结聚于会阴部而逐渐形成。所治病例辨证为肾虚型淋证，取内至阴在足小趾内侧趾甲角旁约0.1寸处（经外奇穴，通于足少阴肾），辅外至阴，两穴伍用，以复其行水制水之作用。

陈全新医案：所治病例①患者壮年气盛，易恼怒而致肝气不舒，郁而化火，气火郁于下焦则膀胱气化失司，湿浊内生，出现睾丸坠胀，会阴部胀闷不适。久病入络则精室瘀阻，不通则痛而见尿痛牵引致阴茎痛。辨证为肝经湿热、瘀浊阻滞型淋证，西医诊断为前列腺炎。治当疏肝祛瘀、清热祛湿。取肝经的阴包、太冲为主穴，配合秩边、中极以疏肝清热祛瘀，配三阴交以健脾祛湿；由于病久正气虚，加关元以扶正固本。诸穴合用，共奏疏肝祛瘀、清热祛湿，标本同治之功。病例②患者年老体弱，脾肾虚亏，加之手术后任脉经气损伤，固摄无权而现小便失控，辨证为肾虚劳淋，西医诊断为慢性前列腺炎、前列腺增生术后综合征。治以滋补肾阴，振奋肾阳为主，选穴以肾俞、命门、关元、气海等穴调和肾气，疏通任、督经脉而散郁结；膀胱俞、中极通调水道；温灸百会、大椎补益阳气；三阴交为治疗泌尿、生殖系统要穴。诸穴合用，针灸兼施，共奏滋肾培精，温阳通络之效。

杜晓山医案：所治病例由于肾虚，膀胱湿热蕴结，日久结成砂石，辨证为石淋，西医诊断为肾结石。治疗取肾俞、志室、京门俞募配合，以强腰补肾，化气行水，疏通经气，通利水道。三阴交为脾、肝、肾三经的交会穴，为治下焦、少腹及泌尿系统疾患的



要穴，针用泻法可健脾利湿，通调气机，通利水道，4穴同用，使一次排石成功。

王秀珍医案：王氏指出《黄帝内经》早有“石淋”、“砂淋”的记载，多由湿热蕴结下焦，导致气滞血瘀，瘀积日久，阻塞尿路，不通则痛，故出现腰腹剧痛、排尿困难等症。现代医学认为结石可引起尿路黏膜充血、水肿，甚则破溃出血。刺血可能疏通血液循环，消除尿路炎症，缓解输尿管痉挛，解除腹部剧痛。所治病例①辨证为石淋。刺血次髎，当即痛止。王氏认为肾盂肾炎是肾盂和肾间质因细菌感染而发生的化脓性炎症，肾盂黏膜充血、水肿，可有散在的小出血点，并有大量白细胞浸润。刺血治疗旨在使肾脏血行通畅，改善充血、水肿的病理，达到杀菌消炎、恢复肾脏正常功能的目的。病例②辨证为劳淋，西医诊断为肾盂肾炎，经刺血肾俞、阴陵泉、腰阳关、委阳后诸症消失。

焦顺发医案：焦氏认为在大脑皮质功能定位的头皮部位施以头针，对淋证有较好疗效。所治病例辨证为热淋，西医诊断为急性膀胱炎。选双侧足运感区及生殖区进行头针治疗后痊愈。

第二十一节　癃　　闭

一、杨永璇

上盛下虚型癃闭（术后尿潴留）《杨永璇中医针灸经验选》

王某，男，20岁。初诊：患者因精神不正常，跳楼跌断左足而截肢，术后突然小便2d不通，少腹胀痛，脉形寸关盛尺细。此属上盛下虚之象，宜急泻太厥二阴以下之，补少阴以去之。针灸方法：取偏历（双）、列缺（双）、曲泉（双）、阴陵泉（双）（均泻法）、太溪（双）（补法）用徐疾补泻法。2诊：经针治后约3h而小便畅通，接用前法，以图巩固。

二、郑魁山

（一）瘀血阻络型癃闭（外伤性尿潴留）《郑氏针灸全集》

李某，男，35岁，工人。1个月前因拆房时，不慎墙倒，被砸伤腰部，腰腿疼痛，不能坐立，即送职工医院，诊断为腰椎骨折，手术前、后一直不能自行排尿，又诊断为尿潴留，每日导尿3～5次，下肢瘫痪，不能动转。检查发现小腹膨胀，下肢皮温低、知觉差，舌质红有紫斑，苔薄白，脉沉细。证系经络损伤，瘀血停留，膀胱气化无权。采用活血化瘀，温通经络，通利膀胱之法治之。先针肾俞、膀胱俞、秩边用热补法，使温热感向腰骶、小腹和下肢放散传导，不留针，配三阴交用热补法，使温热感传到膝上和足趾，留针20min，食中两指点按关元、中极10min，当即排尿约500ml，因下肢截瘫，又针治2个多月即愈。



（二）膀胱湿热，气化失调型癃闭《郑氏针灸全集》

戴某，男，64岁，1938年12月20日初诊，小便淋漓疼痛2d，欲便不得，小腹胀痛、隆起、拒按、口干、苔黄、脉弦数。辨证系湿热不化，下注膀胱，气化失调，气机阻滞而成。采用通调水道，疏利膀胱之法。针水道、三阴交、涌泉用泻法，留针15min。用左手掌心压在肚脐上，中指压在中极穴上，随患者呼吸，用手掌向下推按，逐渐加力，操作2min，即有少量尿液排出，右手持针从中极向耻骨方向斜刺0.5寸，用提插泻法，出针后小便即自行排出，第1次针后，小腹胀痛减轻，共针3次病愈。

三、田从豁

肾阳衰惫型癃闭（尿潴留）《中国当代针灸名家医案》

荣某，女，58岁，1980年2月5日初诊。主诉：术后尿闭12d。病史：患者12d前接受了长达8h的视网膜修复术，术后即出现小便点滴不出，腹部膨隆，需导尿或留置导尿管方能助其排尿，用新斯的明以及针刺、艾条灸、热敷、按摩等多种方法均未奏效，苦不堪言，特请余前往诊治。检查：膀胱充盈，小腹胀满（距上次导尿时间为14h），面容疲惫，头汗大出，手足发凉，因排尿困难，不敢饮水，唇口焦干，舌淡苔白，脉沉弱。诊断：癃闭（尿潴留），肾阳衰惫型。治疗：温阳益气，补肾利尿。取穴：神阙、气海。操作：用苏州生产的药物艾条太乙灸治疗，首先用软纸7张覆盖在穴位上，然后每穴实按灸3壮，其后出现尿意，因卧床排尿不便，改为坐位，即有尿液淋漓，再覆纸实按灸命门穴，立即出现间断排尿。实按灸3壮排尿3次。共排尿约100ml，腹胀感有所减轻。4h后用本法再次灸神阙穴3壮，排尿约500ml。次日晨起即能自行排尿，但仍排尿不畅，有淋漓不尽感，仍用本法，灸神阙、气海、命门、肾俞，每穴3壮，上、下午各1次，第3d排尿完全正常。

四、任守中

湿热下注型癃闭（急性尿潴留）《中国当代针灸名家医案》

周某，男，2.5岁，1985年2月19日11:00时初诊。主诉：（其母代诉）29h未解小便。病史：1985年2月18日晨6:00时许，因尿闭，导尿解出小便后，一直未再解小便，于次日上午又来院导尿，但因尿道红肿，导尿管未能导出小便，而由外科转来针灸科诊治。检查：患儿哭闹不安，膀胱明显膨胀至与脐平，尿道口红肿明显，舌红苔黄，脉弦数。诊断：癃闭（急性尿潴留），湿热下注。治疗：清热利湿，开关通闭。取穴：足五里（双）。操作：取26号1寸长毫针，刺入0.8寸，行提插补泻之泻法，不留针。患儿于针刺双侧足五里穴后，立即解出大量小便。化验尿常规：蛋白（±），白细胞0～1个，红细胞（－），管型（－）。检查膀胱胀满疼痛消失，未再哭闹不安。留院观察，于4h后又自动解出大量小便，告之痊愈。



五、阮少南

热结膀胱型癃闭(产后尿潴留)《中国当代针灸名家医案》

郑某,女,24岁,农民,1982年7月26日初诊。主诉:小便未解10d。病史:患者系初产妇,7d前在居地卫生院分娩,因产程过长,后以产钳助产而下。产后小便潴留。而转至某妇产医院就诊人院。人院后,以封闭、理疗、针灸、中药等治疗3d,仍然不能自行排尿,遂邀本科会诊。检查:小腹胀满,虽有尿意然不得下。舌偏红,脉滑略数。诊断:产后尿闭(产后尿潴留),热结膀胱型。治疗:清热行气,宣通膀胱。取穴:至阴、中极、太冲、三阴交、涌泉。操作:至阴穴以三棱针点刺出血,余穴均行泻法。经上方针治4h后,小便可点滴而下,次日复诊刺前穴,针后3h,小便畅下而愈。

六、焦新民

(一)脾肾两虚型癃闭(尿潴留)《中国当代针灸名家医案》

苏某,男,3岁,1983年11月5日初诊。主诉:(代诉)经常小便不利2年。病史:患者久有消化不良,2年来,常有尿潴留,靠导尿治疗,身体日渐消瘦,用药无效,近住院已1个月治疗无效。检查:发育营养欠佳,心肺正常,肝脾未触及,从昨夜至今上午10:00时未排尿,哭叫不安(家属要求导尿),脉细无力,舌淡。诊断:癃闭(尿潴留),脾肾两虚型。治疗:益气健脾,补肾通淋。取穴:次髎(双)。操作:轻捻而泻,针刺5min。起针后嘱患儿自动排尿,10min后即就地自排尿约500ml,家属感谢不尽,免除2年来导尿之苦,次日有轻度尿潴留,改用皮外针按压次髎加灸肾俞,又即排尿,并嘱家属若夜里小儿尿潴留,可用指针按压次髎穴5min,5d后改灸次髎、膀胱俞,15d后排尿渐正常,带艾卷出院自灸20d而愈。

(二)气虚型癃闭(产后尿潴留)《中国当代针灸名家医案》

史某,女,28岁,农民,1981年2月7日初诊。主诉:产后尿不利3d。病史:患者顺产后3d,尿潴留,每日需导尿2次,从昨日下午16:00时至今天下午15:00时,又未能排尿,但拒绝导尿,小腹胀难忍。检查:烦躁不安,小便欲解不下,坐卧不宁,舌脉无特殊。诊断:产后尿闭(产后尿潴留),气虚型。治疗:益肾补气,温阳利尿。取穴:次髎(双)。操作:强捻5min,行针10min,留针30min。针刺5min时,当即坐起欲排尿,不畅,行针10min后,蹲坐当时即自解尿液500ml,排尿有痛感。嘱多饮水。8h后又有轻度尿潴留,指针中髎穴,可自排尿,当夜自尿2次,家属指针中髎穴排尿1次,次日晚20:00时排尿成线未尽,家属指按次髎尿可自排尽,3d后排尿正常出院。

七、韦有根

肾阳虚型癃闭《中国当代针灸名家医案》

邹某，男，51岁，1983年10月16日初诊。主诉：尿道刺痛、排尿点滴不出30d，加重2d。病史：患者因直肠癌入院以后做根治性切除，行腹膜外直肠吻合。术后用导尿管导尿时间长达1个月之久。自述上导尿管以后，排尿疼痛日见加重，尿道有剧烈刺痛，排尿极度困难，尤以近1～2d病情加重，现排尿不出，伴有剧痛。西医肿瘤科认为，因感染而停用导尿管，故邀我科会诊。会诊时，患者仍旧尿道刺痛，排尿点滴不畅，甚至完全排尿不出。检查：表情痛苦，面色无华，小腹胀满，舌苔白腻中厚。诊断：癃闭，肾阳虚型。治疗：培补肾气，疏利三焦。取穴：足三里、肾俞、三焦俞、膀胱俞。操作：针刺以补法为主，留针15min，刺激量适中即可。针后加灸，用艾条每穴各灸30min。每日灸2次。经过3次治疗以后，患者不用导尿管可自行排尿。小腹胀满及尿道刺痛消失。

八、钟梅泉

湿热阻滞，水道不利型癃闭(外伤性尿潴留)《中国梅花针》

李某，男，6岁，1967年5月16日初诊。患者2个月前被车撞伤下肢，经常出现尿闭，或尿量极少，1～2d不解小便，小腹膨胀，大便干，烦躁不安，啼哭不止，常用热敷或针灸后才能解出小便，但不能持久，随即膀胱逐渐充盈，小便点滴不出。就诊时已1d未解小便。检查：下腹中部膨胀隆起，叩诊呈浊音。诊断为尿潴留。在胸椎8～12两侧及腰、骶部有条索或结节，并有压痛。脉细数，苔薄黄根腻。证属湿热阻滞，水道不利。拟以清热利湿，通利水道为治。根据病证，选取腰骶部、下腹部、耻骨部、胸椎8～12两侧、次髎、内关、脾俞、三阴交、阳性物处进治。采用梅花针治疗，还未治疗完毕患者即自动排尿400～500ml。以后每日治疗1次，共治疗5次。小便正常自解。

九、王秀珍

癃闭(前列腺炎)《刺血疗法》

陈某，男，30岁，技术员，1980年4月5日初诊。患者小腹隐痛，会阴作坠，血精、腹股沟胀痛已3个月。伴有排尿不畅，尤以劳累后病情加重。在省某医院检查诊断为前列腺炎。服中药治疗，上述症状仍存在。诊断：前列腺炎。治疗：取穴腰俞、阴陵泉针刺出血。4月19日2诊，小腹及腹股沟胀痛均减轻。刺血三阴交、下髎。5月3日3诊，血精已消失，会阴坠胀缓解。刺血腰俞后症状全部消失。随访至今未复发。



【导读】

癃闭是以小便量少，排尿困难，甚则小便闭塞不通为主症的一种病证。其中小便不畅，点滴而短少，病势较缓者称为癃；小便闭塞，点滴不通，病势较急者称为闭。二者在程度上有差别，因此多合称为癃闭。根据本病的临床表现，概括了现代医学中各种原因引起的尿潴留及无尿症，如神经性尿闭、膀胱括约肌痉挛、尿道结石、尿路肿瘤、尿道损伤、尿道狭窄、前列腺增生症、脊髓炎等病所出现的尿潴留以及肾功能不全引起的少尿、无尿症。癃闭之名，首见于《黄帝内经》，称为"癃闭"或"闭癃"，认为病机为膀胱及三焦气化不利，病位在膀胱。张仲景《伤寒论》与《金匮要略》提出膀胱气化不利、水湿互结、瘀血夹热及脾肾两虚等是主要病因病机。隋唐至宋元时期巢元方在《诸病源候论》中认为小便不通和小便难因于肾与膀胱有热。孙思邈在《备急千金要方》中载有世界上最早的导尿术。王焘在《外台秘要》中载有用盐及艾灸等外治法治疗癃闭。明代张景岳将癃闭与淋证分开论治，理法恰当，值得效法。

本节所选医案的主治医家均认为癃闭的病因主要有外邪侵袭、饮食不节、情志内伤、瘀浊内停、体虚久病5种。基本病机为膀胱气化功能失调。应以"腑以通为用"为原则，但通利之法，又因证候虚实之不同而异。实证者宜清邪热，利气机，散瘀结；虚证者宜补脾肾，助气化，不可不经辨证，滥用通利小便之法。对于水蓄膀胱之急症，应配合针灸法急通小便。

杨永璇医案：杨氏指出《素问·宣明五气篇》载："膀胱不利为癃"，认为下焦气化不利或湿热蕴结，脉络瘀阻，以致膀胱通调失司癃闭，多为实证。杨氏所治病例辨证为上盛下虚型癃闭，属于术后尿潴留。杨氏用泻实补虚法，急泻太厥二阴，补少阴。取偏历、列缺、曲泉、阴陵泉用徐疾泻法，取太溪用徐疾补法。使水道开阖自如，气顺则自尿通。

郑魁山医案：所治病例①辨证为瘀血阻络型癃闭，西医诊断为外伤性尿潴留。采用活血化瘀，温通经络，通利膀胱法。取肾俞、膀胱俞、秩边用热补法，使温热感向腰骶、小腹和下肢放散传导，配三阴交用热补法，使温热感传到膝上和足趾，食中二指点按关元、中极，当即排尿约500ml。病例②辨证为膀胱湿热，气化失调型癃闭，采用通调水道，疏利膀胱法。取水道、三阴交、涌泉用泻法，用左手掌心压在肚脐上，中指压在中极穴上，随患者呼吸，用手掌向下推按，逐渐加力，右手持针从中极向耻骨方向斜刺0.5寸，用提插泻法，出针后小便即自行排出。郑氏针对两例患者除用针刺治疗外，均采用手指点按中极穴的方法而取效，由此可见膀胱募穴通利膀胱的作用。

田从豁医案：患者年近花甲，由于手术时间过长，体力不支，肾气虚损，三焦、膀胱气化失调，水道通调受阻，而致小便点滴不下。辨证为肾阳衰惫型癃闭，西医诊断为尿潴留，需导尿或留置导尿管方能助其排尿，用西药及针刺、艾条灸、热敷、按



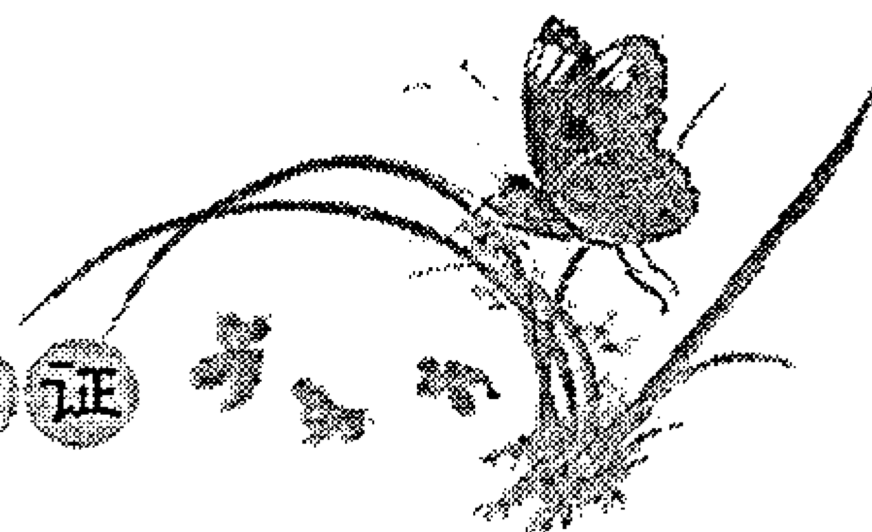
摩等多种方法均未奏效。田氏认为本例属于本虚标实证，本虚治当补益元气，标实治当调理气机，通调水道。取神阙、气海，意在助阳理气，取肾俞、命门乃补肾助阳，以助膀胱气化，田氏与他人治疗的不同之处在于采用太乙艾条进行实按灸，本灸法有瞬间热刺激的特点，使患者接受的是短暂的、强热刺激，即发挥了灸法的温补作用，又有利于祛除实邪，消导阻滞，体现了祛邪扶正的特点。

任守中医案：任氏认为针灸对不同原因引起的非梗塞性尿潴留都有一定效果，可以减少导尿法所造成的感觉痛苦和泌尿系感染。目前临床中多按辨证施治方法，分不同证型选用脾、肾、膀胱、任、督等经脉腧穴组方。而取用单穴而获佳效者少有报道，所治病例为小儿，病急而治疗不易合作，经辨证为湿热下注型癃闭，西医诊断为急性尿潴留。目前针灸用穴多为关元、气海、三阴交、中极、阴陵泉等，但任氏在临证中根据“肝足厥阴之脉……循股阴，……过阴器，抵小腹……”的经络理论，独取足厥阴经之足五里穴而收立竿见影之效，对于小儿尤为适宜，且应用于数例患儿均获良效，值得推广应用。

阮少南医案：阮氏认为产后尿潴留与中医产后尿闭相似，所治病例因娩产过长，努力屏息而伤气，复受器械助娩，致损气益甚，气郁化热，热结膀胱，乃尿闭不通。辨证为热结膀胱、有失气化之实热证。故拟清热行气，宣通膀胱之法。采用膀胱经井穴至阴三棱针点刺出血治之，清泄膀胱之热。配肾经井穴涌泉清肾热，利水道；膀胱募穴中极通调膀胱腑气，以利溲通溺。肝经原穴太冲、三阴交使下焦气化有权，以通腑行水。针刺泻之，以利祛邪。

焦新民医案：所治病例①患儿先天肾气不足，脾胃虚弱，不能鼓舞膀胱气化，故癃闭已久，久医无效，依靠导尿治疗。中医辨证为脾肾两虚型癃闭，西医诊断为尿潴留。焦氏认为患儿体虚，针刺不能取穴过多、手法太重。为急则治标，故只取膀胱经之次髎穴，轻捻轻泻，随即排尿。后改用皮外针按压次髎加灸肾俞，或艾灸次髎、肾俞、膀胱俞等穴，数日后恢复自动排尿，可见只要辨证立法准确，选穴精当，针、灸、按摩数法合施，确能发挥针灸之特长。病例②患者属产后伤气，不能鼓舞膀胱气化而排尿，辨证为气虚型癃闭，西医诊断为产后尿潴留。但患者膀胱积有大量尿液，急胀难忍，应急则治标，取膀胱经之次髎，用泻法即见排尿。两例患者均是以使用次髎穴而取效。焦氏认为从现代研究看，针刺次髎等穴，有调节膀胱括约肌的作用，针刺使逼尿肌收缩、括约肌开放，有排尿作用。从焦氏观察数十例癃闭患者的治疗效果看来，证实针刺对脏器的调整作用是存在的。

韦有根医案：患者年老体虚，癌症术后，耗气伤精，肾阳不足，命门火衰，致膀胱气化无权，则尿不得出，辨证为肾阳虚型癃闭。针刺选取足三里以滋补肾气，疏利气机；选取肾俞以振奋肾经功能；三焦俞以通调三焦气机；膀胱俞以疏通膀胱气机，使膀胱气化功能正常，则尿液可出。因患者属老弱之体，故针用补法并加灸。如此针灸共济，通补兼施则疾病告愈。



钟梅泉医案：钟氏认为尿潴留属于癃闭的范畴，患者在腰、骶部有条索或泡状软性物，胸椎3～12两侧有条索和压痛，髂嵴部有条索和压痛，小腿内侧有压痛，可采用梅花针治疗。钟氏所治病例辨证为湿热阻滞，水道不利型癃闭，西医诊断为外伤性尿潴留。选取腰、骶部、下腹部、耻骨部、胸椎8～12两侧、次髎、内关、脾俞、三阴交、阳性物处进行叩刺，患者当即自动排尿。

王秀珍医案：王氏认为慢性前列腺炎是常见的男性泌尿系统的多发病，缠绵难愈。属于中医"淋"、"浊"范畴，发病多因忍精不泄，前列腺长期充血，败精壅滞腐宿，凝阻溺窍，终必久瘀化腐发为癃闭。所治病例辨证为癃闭，西医诊断为前列腺炎，王氏刺血三阴交、腰俞、阴陵泉，症状全部消失，刺血主要解决前列腺慢性充血问题，可祛瘀散结。

第二十二节　阳痿、遗精

一、陈全新

肝郁气滞型阳痿（性神经衰弱）《陈全新针灸经验集》

李某，男，43岁。主诉：阴茎痿软，勃起困难2年余。病史：患者2年前因情志不遂，渐出现神烦焦躁，阳物不举。伴随症有腰膝酸软，晨起口苦，食欲正常。曾服多剂补肾壮阳之品疗效不佳。查体：发育正常，营养中等，神志清楚，精神疲乏，轻度消瘦，头面五官无畸形、巩膜无黄染，心肺正常，腹平软，肝脾肋下未扪及，生理反射存在，病理反射未引出。舌淡黯，苔薄黄腻，脉弦细。诊断：中医为阳痿（肝郁气滞）。西医为性神经衰弱。治法：调肝理气，滋肾育阴。取穴：太冲、中极、肾俞、次髎；配穴：足三里、太溪、三阴交。操作：毫针刺法，每日1次。针次髎、中极得气后用平补平泻针法捻针，宜导气至骶及前阴。太冲用泻法，足三里、太溪、三阴交用平补平泻法，留针15～20min。耳穴用磁珠贴压肝、肾、神门、内分泌点。隔日诊治1次。6诊：阴茎勃起较前有力，精神好转，腰膝酸软症状减轻。仍有口苦、舌淡黯、苔薄黄润、脉细。治疗后诸症好转，仍旨原法，交替选穴。13诊：自诉精力旺盛，阳痿已愈，余症消失。

二、田从豁

脾肾阳虚型阳痿（功能性性功能障碍）《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

赵某，男性，53岁，1994年7月12日初诊。病史：患者1993年5月，因家务事致心情不畅，烦躁、易怒、终日精神不振，1个月后出现阳痿，临房时早泄，随之痿软无力，逐渐出现全身疲乏，夜寐不安，伴有健忘，头晕耳鸣，办事思想不集中，反应迟钝，不思饮食。并因此引起夫妻感情不和，经常吵架，患者思想负担较重，致阳痿日



渐加重。经服用多种中药汤剂(以温阳补肾为主),效均不明显。望闻切诊:面色不华,精神萎靡。诊断:中医为阳痿(脾肾阳虚),西医为功能性性功能障碍。治则:温阳补肾健脾治疗。取肾俞、脾俞、次髎、三阴交。肾俞、脾俞用补法,三阴交、次髎用平补平泻法,次髎针感放射到阴茎。10次后取关元、归来、中极、三阴交,关元用补法,余穴用平补平泻法。并嘱患者减轻思想负担,放下思想包袱,树立战胜疾病的信心。疗效:2诊后,患者诉临房时症状略有减轻,虽有早泄但程度减轻,因此已有治疗疾病的信心。治疗5次后,阳痿已消失,但仍时有反复。治疗20次后阳痿消失,精神大振,体力较前强健,精神好,纳食佳。继续巩固疗效,共治疗40次,患者阳痿消失,未再反复。

三、郑魁山

(一)肾气虚惫,精关不固型阳痿、遗精《郑氏针灸全集》

唐某,男,34岁,教师。因青年时期有手淫,29岁结婚后性欲亢进,后来发现无论白昼或夜晚,说话时情绪激动就滑精,逐渐出现阳痿不能勃起,头晕,耳鸣,心慌,精神疲惫,腰腿酸困无力,有时盗汗,气短,面色无华,舌质淡,苔薄白,脉细。证系纵欲无度,肾气虚惫,精关不固,封闭失司。采用温肾壮阳、固摄精关之法治之。先针关元、气海、三阴交用热补法,使温热感传到会阴部和足趾,配心俞、命门、肾俞、关元俞、上髎用热补法,使温热感传到腰骶和少腹,留针20min,主穴和配穴随证加减使用,每日1次,针治12次,遗精阳痿等症好转,针治54次病愈,6个月随访未复发。

(二)房劳过度,肾元亏虚型阳痿、遗精(神经衰弱)《郑氏针灸全集》

巩某,男,25岁,战士。因阳痿和失眠1年多,1972年3月16日初诊。患者1970年12月因工作紧张,出现腰酸腿软、遗精,在成都住院诊断为神经衰弱。治疗后,又出现精神过敏,最近又出现头痛、头晕、耳鸣、记忆力减退、视物模糊、失眠、精神紧张、阳痿遗精加剧,而来我院。检查:面色晦黯,精神不振,舌苔薄白,脉沉细。中医辨证是房劳过度、肾元亏虚;采用补肾培元、健脑安神之法治之。取风池、百会、印堂,用平补平泻法;肾俞、关元、三阴交,用补法,留针10min,治疗到3月30日,针达10次时,腰酸腿软和头痛失眠减轻;治疗到4月28日,头晕耳鸣、遗精阳痿等症基本消失。回原籍恢复了工作。同年8月30日随访无复发。

四、冯润身

阴虚火旺型滑精《中国当代针灸名家医案》

包某,男,23岁,工人,1979年11月初诊。主诉:滑精已2年多。病史:患者3年前患梦遗,起初2~3d遗1次,渐至夜夜梦遗,终日头昏脑胀,食欲大减,腰酸腿软,精神萎靡。听人说服补肾壮阳药物可治,曾先后自服数种,未效,心甚恐惧,乃



请医生诊治，服汤药30余剂无效，逐渐发展为无梦也遗。检查：面色青黄不泽，头发枯燥，目窠发青，耳轮黯红，唇色淡粉干裂，舌尖独赤，舌苔薄黄乏津。脉象细数无力。两中髎压痛明显，强压之则尻闾皆痛。微压会阴，可于尿道口见透明黏液流出，镜检可见少数不活跃精子。阴囊触诊无异见。诊断：滑精，阴虚火旺型。治疗：益肾制火，固秘精关。取穴：太溪、照海、神门、支沟、太冲、三阴交及中髎；操作：先补照海、太溪、神门、三阴交，后泻太冲、支沟。中髎穴每次行针均须使针气散于尻骶与前阴。每日针1次，每次留针30min，每10min行针1次。10次为1疗程，疗程既满，停针1周，以后复针如前法。针治2个疗程后，非动情已不滑精，但仍有梦遗。如前法又治疗20次，虽梦而不遗。嘱其常服六味地黄丸，并学练静养内功以善其后。随访2年多未见复发。

五、肖少卿

肾精亏耗、心肾不交型遗精、滑精《中国当代针灸名家医案》

王某，男，28岁，教师，1980年3月6日初诊。主诉：遗精、滑精1年余，加重3个月。病史：患遗精之证，已历年余，经服用金锁固精丸、封髓丹、桑螵散合水陆二仙丹等药物，均未获效。病初之时，睡眠不安，阳事易举，入梦遗泄。近3个月来，遗精频繁，每周3～5次，且白天思念即下，夜间无梦自遗。伴腰膝酸软，头晕耳鸣，形体消瘦，神疲乏力，食欲不振，记忆力明显减退。检查：神志清楚，面色㿠白无华，形体消瘦，甲状腺无肿大，心肺正常，舌质红，少苔，脉象细数。诊断：遗精、滑精，肾精亏耗、心肾不交型。治疗：补北泻南，益肾固精。取穴：心俞、肾俞、神门、太溪、气海、关元、三阴交、志室。操作：上穴用毫针针刺，用平补平泻手法，隔日治疗1次。经针5次后，梦遗已止，但仍思念滑泄。经针10次后，无梦自泄1次，思念滑泄如故。加取会阴穴，用毫针直刺2寸深，亦用平补平泻手法。针刺2次后，梦遗止，滑精亦停。又针刺4次以巩固疗效。共针16次后，诸症消而获痊愈。

六、刘家荫

阳痿《中国当代针灸名家医案》

华某，男，40岁，利比里亚共和国保安部官员，1984年9月12日初诊。主诉：阳事不举3年。病史：患者3年前因工作紧张、劳累以及纵欲开始阴茎不举、不能性交，伴有头晕目眩、腰酸膝软，精神萎靡不振。曾先后赴美国、德国求治，用过大量西药无效，经利国医生介绍，来中国赴利比里亚医疗队求治。检查：体胖，精神萎靡，面色黯而无光，舌质淡红，双尺脉细弱。诊断：阳痿。治疗：滋阴补肾，益气和血。取穴：命门、关元、三阴交（双）、肾俞（双）。操作：上穴交替选用，每次取3～5穴，以补法为主，留针30min。针刺关元时控制针感下传至阴茎根部，命门穴均应向下传至会阴，三阴交穴向上传至股内侧。连续治疗10次，精神大振，阴茎坚实，

恢复正常性生活。

七、焦顺发

(一)遗精《头针》

刘某,男,25岁,干部。主因:遗精6年余。病史:缘于6年前和同学们玩耍时,使阴茎勃起后遗精,以后隔2～3d遗1次,常在梦中性交时遗精。婚后数年仍未减轻,而且近年来有所加重,精神有些紧张。先后服六味地黄丸等治疗无效。1978年9月20日:选双侧足运感区及生殖区,每日1次。疗效:分别在第1和第5次治疗后各遗1次,以后连续观察24d,不仅无遗精,而且白天有精神。

(二)阳痿《头针》

张某,男,干部。主因:阳痿1.5年。病史:1975年因胃穿孔手术后6个月内无性欲要求,后来在性交时阴茎不能勃起,先后经多方治疗无效,1978年10月4日来诊。选双侧足运感区及生殖区,疗效:针5次后夜间有时能勃起。第8次治疗后夜间勃起次数较多,而且还有性欲要求。患者非常满意,随访1个月仍正常。

八、钟梅泉

(一)肾阳亏虚,脾肺两虚型阳痿《中国梅花针》

裴某,男,37岁,军人,1960年4月27日初诊,病历号:87939。阳痿已3年。阴茎举而不坚,且有早泄,性生活不满意。1年来性欲减退,头昏耳鸣,神倦乏力,腰酸,步履无力,纳谷差,腹胀便溏,每日2～3次,阴茎发凉,形寒畏冷。曾服中西药物和验方均未收效,患哮喘病已18年,时发时止。检查:体胖,面色㿠白欠华。生殖器外观无异常。胸椎2～12两侧有条索和压痛,腰椎2～骶部两侧有泡状软性物。脉细滑,苔薄,舌质淡。证属肾阳亏虚,脾肺两虚,拟以补肾固本,健脾益肺为治。根据病证,选用胸椎2～12两侧、腰部、骶部、腹股沟、带脉区、中脘、足三里、太渊、关元、肺俞、脾俞、阳性物处进治。采用梅花针治疗14次后,阴茎勃起较前坚硬,性欲增强,腹胀亦除,便溏转干,日行1次,精神好转;治疗25次后,阴茎勃起坚而持久,进行性交自觉无不正常。阳痿症尽除。经随访观察1年7个月,疗效巩固,未见复发。

(二)肾气虚弱,心血不足型阳痿《中国梅花针》

苑某,男,31岁,工人,1984年4月23日初诊。阴茎勃起不坚,不能性交已2年。婚后1年时,性生活基本正常。随后即出现性欲减退,阴茎勃起不坚,且不持久,达不到性交要求。婚前有手淫史。平时头昏,失眠,梦多,性急心烦,腰酸,步履乏力,精神倦怠,夜尿2～3次。曾服中西药物,单验方,针灸等治疗均未收效。检查:营养状况中等,发育良好,外生殖器无畸形,脸色㿠白不华。胸椎5～10两侧有条索及压痛,腰部叩诊呈空音,腰、骶部可摸到泡状软性物。脉细尺弱,苔薄质淡。



证属肾气虚弱，心血不足。拟以补肾宁心，交通心肾为治。根据病证，选取腰骶部、胸椎5～10两侧、腹股沟、中脘、内关、百会、关元、三阴交、阳性物处进治。采用梅花针治疗6次后，阴茎勃起较前坚硬，持续时间亦长；经治疗1个疗程(15次)后，性欲较前好转，性交基本正常，睡觉好转，精神转佳；继治1个疗程，症状消失，性欲和性生活恢复正常，阳痿治愈。按原方意继续巩固调理10次而停诊。随访观察2年8个月性生活正常，其他无不适感，疗效巩固。

(三)肾气虚弱，精宫不固型遗精《中国梅花针》

王某，男，27岁，干部，1964年8月6日初诊。患遗精已8年。每周最少1次，一般2～3次，头昏，心悸，记忆力减退，腰酸，步伐无力，神倦，肢冷，6个月来遗精频作，每周4～5次，纳谷尚佳，夜尿1～2次，大便如常。在北京某医院泌尿科检查，未发现异常。服中西药物、单验方、针灸等均未收效。检查：外生殖器无畸形。腰、骶部可摸到泡状软性物，髂嵴部有条索并有压痛，小腿内侧三阴交穴处压痛明显。脉细弱，苔薄质淡。证属肾气虚弱，精宫不固。拟以补肾益气、固涩精液为治。根据病证，选取腰骶部、腹股沟、下腹部、中脘、百会、关元、三阴交、阳性物处进治。采用梅花针治疗3次后，隔5d才遗精1次；继续治疗7次，隔12d才遗精1次，其他症状均减轻；共治疗20次遗精未作，诸症基本消失。为巩固疗效，按原方意再进治10次，一切均正常而停诊。随访观察8个月疗效巩固，患者精神愉快。

【导读】

阳痿是指成年男子性交时，由于阴茎痿软不举，或举而不坚，或坚而不久，无法进行正常性生活的病证。现代医学中各种功能及器质性疾病造成的阳痿属于本病范畴。阳痿病证首载于《黄帝内经》，称为"阴痿"、"宗筋弛纵"和"筋萎"，认为虚劳与邪热是引起阳痿的主要原因。隋唐宋时代的医家认为阳痿的发生，多由劳伤、肾虚所致，因此在治疗上亦以温肾壮阳为主。明代对阳痿成因的认识更加深入，提出郁火、湿热、情志所伤亦可致阳痿。

遗精是指不因性生活而精液遗泄的病证。其中因梦而遗精的称"梦遗"，无梦而遗精，甚至清醒时精液流出的可谓"滑精"。必须指出，凡成年未婚男子，或婚后夫妻分居，长期无性生活者，1个月遗精1～2次属生理现象。如遗精次数过多，每周2次以上，或清醒时流精，并有头昏，精神萎靡，腰腿酸软，失眠等症，则属病态。根据临床表现，西医学中的神经衰弱、神经官能症、前列腺炎、精囊炎，或包皮过长、包茎等疾患，造成以遗精为主要症状者属于本病范畴。本病记载首见于《黄帝内经》，称为"精自下"，明确指出遗精与情志内伤有密切关系。汉代张仲景在《金匮要略》中称为"失精"，认为本病是由虚劳所致。隋唐时期，巢元方和孙思邈分别称遗精为"尿精"、"梦泄精"及"梦泄"，进一步认识到是由肾虚而致。宋代以后，《普济本事方》正式提出遗精和梦遗的名称。《济生方》更强调"心肾不交"的病机。金元时期，朱丹溪倡"相火"导致遗精理论。明·方隅在《医林绳墨·梦遗精滑》中认为"梦



遗精滑,湿热之乘",进一步充实了遗精的理论。后世医家提出滋阴降火、补脾化湿、清利湿热、益气升提的治则,值得借鉴。

本节所选医案的主治医家均认为阳痿的病因主要有劳伤久病,饮食不节,七情所伤,外邪侵袭。基本病机为肝、肾、心、脾受损,经脉空虚,或经络阻滞,导致宗筋失养而发为阳痿。实证者,肝郁宜疏通,湿热应清利;虚证者,命门火衰宜温补,结合养精;心脾血虚当调养气血,佐以温补开郁;虚实夹杂者需标本兼顾。遗精的发生,多由劳心太过,欲念不遂,饮食不节,恣情纵欲诸多因素而致。其基本病机为肾失封藏,精关不固。实证以清泄为主,依其君火、相火、湿热的不同,或清或泄;虚证宜用补涩为要,针对脏腑阴阳不同,分别治以滋阴温肾,调补心脾,固涩精关为宜;虚实夹杂者,应虚实兼顾。久病入络夹瘀者,可佐以活血通络。

陈全新医案:陈氏指出阳痿又名阴痿,《素问·痿论》曰:"思想无穷,所愿不得,意淫于外,入房太甚,宗筋弛纵,发为筋痿。"是关于本病的最早论述。陈氏认为阳痿多属肾阳不足,命门火衰,宗筋弛纵,阳痿不举,治当温肾壮阳为主。但现代人社会环境复杂,心理压力较大,属于情志失调,肝气郁结者也不少见。应用温阳补肾法治疗效果多不理想。《王九峰医案》云:"不受温补热塞之剂者,盖壮年非相火真衰,乃抑郁致火不宣扬。膻中阴瞑离光不振也。相火不宣,则宜斡旋肝气,以畅诸经"。所治患者由于工作不顺以至忧思过度,郁怒内结。怒则伤肝,肝失疏泄条达,则宗筋所聚无能,则发为阳痿。辨证为肝郁气滞型阳痿,西医诊断为性神经衰弱。《难经》曰:见肝之病知肝传脾。加之忧思伤脾,脾失健运则精神不振。久病及肾,则可有腰膝酸软之证。晨起口苦为内有郁火之明证。治疗宜调肝理气,滋肾育阴。选穴以肝经太冲为主穴,疏肝理气、清肝泻火;肾俞滋肾育阴;次髎、中极穴引经气直达病所,兼及脾、肾两经取穴有太溪、三阴交,足三里补后天之本以振奋精神,配以耳穴磁珠贴压肝、肾、神门、内分泌点,故能取得良好疗效。

田从豁医案:田氏指出阳痿的治疗首当辨别虚实。所治病例思虑过度,忧思伤脾,复因脾气日虚,脾阳不振,后天之气不足,继而引起肾阳不足,致脾肾阳虚而成阳痿,故辨证为脾肾阳虚型阳痿,西医诊断为功能性性功能障碍。治疗重在调补脾肾之阳,方中肾俞、脾俞、关元培补脾肾之阳以治本,次髎、中极、归来调理局部经气以治标。要求次髎针感放射到阴茎,达到益气温阳的作用。此外田氏认为阳痿的治疗,调整心理十分重要,应使患者解放思想,放下心理负担,树立战胜疾病的信心,在治疗初见成效时,及时把握时机,做患者的思想工作,才能取得较好疗效。

郑魁山医案:郑氏认为阳痿、遗精以肾虚居多,治应补益。所治病例①辨证为肾气虚惫,精关不固型阳痿、遗精,采用温肾壮阳、固摄精关之法治之,先针关元、气海、三阴交用热补法,使温热感传到会阴部和足趾,配心俞、命门、肾俞、关元俞、上髎用热补法,使温热感传到腰骶和小腹而愈。病例②辨证为房劳过度、肾元亏虚型阳痿、遗精,西医诊断为神经衰弱,采用补肾培元、健脑安神之法治之。取风池、百



会、印堂，用平补平泻法；肾俞、关元、三阴交，用补法而愈。

冯润身医案：冯氏认为滑精，多属阴虚火旺，有不精于坎离之义者，每多致误。所治病例病于水亏，曾误服辛热补阳之剂，使更耗真阴，相火益炽，妄冲精关，以致发为滑精，冯氏辨证为阴虚火旺型滑精。辨证用穴，先补太溪、照海、神门、三阴交益肾敛阴、安神宁志；泻太冲、支沟，潜降相火；更取中髎，固秘精关，诸穴相配，适得壮水抑火，摄获下焦之效。

肖少卿医案：肖氏所治病例患遗精、滑精日久，必致肾精亏耗，肝肾亏虚。故辨证为肾精亏耗、心肾不交型遗精、滑精，治宜补精填髓，滋补肝肾。以肾俞、心俞、神门、太溪交通心肾，固精填髓，宁心益智，取气海、关元、三阴交、志室以滋阴降火，培元摄精。如此可使水升火降，水火既济，天地始可交泰；更取会阴穴，以通调任督，使其阴平阳秘，固摄精关，则梦遗止，滑精停。诸穴合用，以补肾填髓，滋补心肾，使沉疴霍然而愈。

刘家荫医案：刘氏认为阳痿之发生，多因肾阳亏虚、肾气虚衰所致。所治病例劳神过度，心阴亏耗，恣情纵欲，以致命门火衰，精气亏虚，宗筋弛缓，痿而不勃。取命门、关元补肾培元，益气和血，使元气得充，三阴交可健脾益气，调补肝肾，肾俞滋阴补肾，益肾固精。上穴合而为之，相得益彰。刘氏指出命门、关元、中极、三阴交这些治疗阳痿、遗精的传统穴位，迄今仍为治疗主穴。但在手法要求上，应根据脉证当补则补，当泻则泻，或补泻兼施，在针刺时，要求针感放散到阴茎或会阴部，这是需要强调的。

焦顺发医案：焦氏应用头针治疗阳痿、遗精也有较好的疗效，其所治的 2 例阳痿、早泄、遗精患者均是采用针刺双侧足运感区及生殖区而取效。

钟梅泉医案：钟氏认为阳痿患者在胸椎 5～12 两侧有条索及压痛，腰骶部可摸到泡状软性物或结节，髂嵴部及腹股沟有条索并有压痛，腰部叩诊可出现空音。梅花针对本病有较好疗效，治疗时可采取轻度或中等程度刺激。阳性物和阳性反应区则采取较重刺激。所治病例①辨证为肾阳亏虚，脾肺两虚型阳痿；钟氏根据病证，选用胸椎 2～12 两侧、腰部、骶部、腹股沟、带脉区、中脘、足三里、太渊、关元、肺俞、脾俞、阳性物处采用梅花针治疗而愈。病例②辨证为肾气虚弱，心血不足型阳痿，根据病证，选取腰骶部、胸椎 5～10 两侧、腹股沟、中脘、内关、百会、关元、三阴交、阳性物处采用梅花针治疗而愈。钟氏认为遗精患者在腰骶部两侧可摸到泡状软性物及结节，髂嵴部有条索及压痛，小腿内侧三阴交处有压痛，腰部叩诊可出现空音，胸椎 5～10 两侧有条索并有压痛。梅花针疗效较好，可采取轻度或中等程度刺激。阳性物和阳性反应区则采取较重刺激。病例③辨证为肾气虚弱，精宫不固型遗精，钟氏根据病证，选取腰骶部、腹股沟、下腹部、中脘、百会、关元、三阴交、阳性物处采用梅花针治疗而愈。



第二十三节　头　痛

一、于书庄

(一)气血两虚型偏头痛《于书庄针灸医集》

王某,男,40岁,1974年10月14日初诊。病史:左偏头痛1年。患者1年前因睡眠不足、脑力劳动过度而头痛。初起左侧刺痛,以后胀痛,自觉手足发冷,全身无力,足跟麻,每遇睡眠不足时发作。病后曾接受地西泮、组胺治疗无效。检查:血压90/70mmHg(11.7/9.1kPa),苔薄白,脉浮弦。辨证:证系气血两虚。治法:治宜补益气血。治疗经过:针中脘、气海、足三里,热补法,针风池、百会,得气后取较强酸胀针感。针1次痛止,针3次睡眠转佳。隔2周后头痛又作,继针前穴1次,停针观察。6个月后随访,头痛未作,睡眠佳,麻木感消失,唯左头面出汗多未除。检查其苔薄白,脉弦细。证系营卫不固。治以调和营卫。针大椎、合谷、复溜。共针5次,两侧出汗相等,停针观察。

(二)阴虚阳亢型偏头痛《于书庄针灸医集》

李某,男,54岁,1974年9月10日初诊。病史:左偏头痛4～5年,时发时止,近3～4个月发作频繁,发作时左偏头胀痛,头晕,怕热,早晨明显,大便偏干,每遇劳累或睡眠不足而诱发。病后曾接受中西药物(药物不详)治疗无效。检查:血压170/98mmHg(22.1/12.9kPa),苔黄,脉弦细。辨证:证系阴虚阳亢。治法:治宜清补兼施(补阴泻阳)。治疗经过:针刺太阳出血,针中脘、气海、足三里(补法)。经治1次后,血压降至140/90mmHg(18.2/11.7kPa),头痛减轻,3次后头已不痛,仅有麻木感,睡眠欠佳,前穴加神门。共治疗5次,停针观察,年余而愈。

(三)风痰上扰型偏头痛《于书庄针灸医集》

代某,男,39岁,1975年1月4日初诊。病史:左偏头痛2h。患者于7年前始病左偏头痛,以后每隔4～6个月因受寒或疲劳而诱发,每次持续1～2d,注射哌替啶、吗啡才能缓解。现因感冒,自今晨头痛发作,左侧深部(前自眼眶,后至顶部)剧烈钻痛,同时伴有恶心呕吐,面色苍白,出汗。检查:血压120/80mmHg(15.6/10.4kPa),舌质红,苔薄白,脉弦滑。辨证:证系风痰上扰少阳、阳明之脉。治法:宗急则治标之法。治疗经过:针右偏头痛点,得气后行左捻九右捻六法,偏头痛减,不久又作,继施左捻九右捻六法,偏头痛缓解。

(四)风寒侵袭型偏头痛(神经性偏头痛)《于书庄针灸医集》

王某,男,25岁,1987年7月14日初诊。病史:左偏头痛年余。1987年3月,因洗澡后夜间打牌受寒,以致当夜睡觉时因头痛痛醒,病后即赴某院,诊为"神经性



偏头痛”，给予止痛片、谷维素、天麻片治疗2个月，因效果不显而转院。经查脑电图正常，诊为“枕后神经痛”，给予天麻素，维生素B_{12}注射，口服药如前。经治数月，头痛发作次数减少，已上班工作。但左偏头发紧、麻木，有沉重感，眼睑跳动，偏头发紧时牵扯眼眶亦紧，1987年7月要求针灸治疗。检查：舌质淡，苔薄白，脉浮弦。辨证：证系风寒客于阳明、少阳，经筋收引（肌收缩性头痛）。治法：治宜温散寒邪，熄风解痉。治疗经过：针风池、头临泣、合谷（病侧）、足三里（双侧），施行气法，经气沿经到达头面，偏头紧皱立即缓解，但起针不久，偏头紧皱又作。继而针风池、头临泣、率谷、中渚（病侧）、足临泣（双侧），施行气法，经气沿经到达头面，偏头紧皱立即缓解，患者因感觉舒适而不愿起针，行针1～2h。经治10余次皆如此，表明针之温散不足也，故而改用雀啄灸法，灸头临泣10壮。灸后效果明显。隔日灸压痛点（通天穴旁）10壮，偏头紧皱缓解。观察月余头痛未发。

二、张涛清

(一)内伤兼外感型偏头痛（血管性头痛）《张涛清针灸治验选》

唐某，女，43岁，医生。自诉：患偏头痛近30年，发作时恶心呕吐，经某医院五官、神经科检查诊断为“血管性头痛”，曾用西药治疗无效，近来因为感冒，头痛加剧，影响睡眠与工作，特来我院就诊。检查：患者体弱，左侧头痛剧烈，午后尤甚，舌质红，苔白，脉弦紧。辨证为内伤兼外感头痛。治以疏调经气，祛半表半里之邪。取穴：风池（双）、上星（出血）、太阳（双）、外关（双）、率谷（左）。进针得气后行平补平泻手法，前3d，每日针刺1次，留针20min，以后隔日1次，连针15次病愈。随访多次，未再复发。

(二)肾虚肝阳型头痛《张涛清针灸治验选》

田某，女，55岁。自诉：头顶痛5年，反复发作，常因情志变化而发病。甚时头晕，耳鸣、目眩、口苦，烦躁、失眠。检查：血压144/102mmHg，舌质红，苔薄黄，脉弦数。辨证为肾虚肝阳头痛，治以疏肝理气。取穴：太溪（双）、太冲（双）、百会、涌泉（双）。进针得气后留针20min，隔日1次，针刺10次后头痛停止，15次血压平复，嘱患者注意情绪变化，随访多次，病情稳定。

(三)气滞血虚型头痛《张涛清针灸治验选》

包某，男，45岁，专家。自诉：头痛2年余，早轻晚重，头晕，眼花，情绪紧张时心悸，全身发抖，经某医院检查，诊断为“神经性头痛”，诸药医治无效，来我院要求针灸治疗。检查：患者呈慢性痛苦病容，精神疲倦，情绪欠佳，面色苍白，舌质淡红，苔薄白，脉细弱。辨证为气滞血虚头痛，治宜理气活血，活络止痛。取穴：列缺（双）、血海（双）、膈俞（双）、足三里（双）、百会。进针得气后施以补法，留针20min，隔日1次。针刺3次后，头痛减轻，13次后诸症悉除而病愈。

三、郑魁山

（一）肝阳上亢型偏头痛《郑氏针灸全集》

刘某，女，34岁，农民。因与婆母不和，2年前生气后出现右侧偏头痛，经常在生气或心情不舒时发作。头痛发作时，从右后头部牵掣耳上角和右额角，似刀割肉式的剧痛，不能忍受，痛时常请人用两手掐住痛处或顶在墙上或碰击、敲打可稍缓解，一般剧痛持续2～4h方能缓解，缓解后心烦、头晕、疲乏、昏睡。精神紧张时发作。舌质红、苔薄白、脉弦。证系情志不舒，久郁化火，肝阳上亢。采用疏肝降逆，清热熄风，育阴潜阳，理气镇痛之法治之。先针双风池用泻法，使针感通过头颅传到前额，守气2min，不留针，配百会、右头维、悬颅、太阳、行间用泻法，使针感传到病所和足趾，照海用补法，使针感放散到足心和足趾，留针30min。当即痛止。为了巩固疗效，每日1次，连续针5次。6个月后随访未复发。

（二）瘀血头痛《郑氏针灸全集》

董某，男，29岁，汽车司机。因5d前在新街口出车祸，头被碰伤，当时昏迷不醒，被送往宣武医院抢救，清醒后整个头似锥子扎样的剧痛不止，口服止痛片，注射阿尼利定等仍不能缓解，并伴有头昏、眼黑、恶心、呕吐、记忆消失，检查头部右枕区有3cm×4cm肿胀压痛，头部、额部、面部有多处皮肤擦伤，舌质紫，苔黄厚，脉弦细。证系跌仆损伤，脑髓受损，瘀血停留，经络受阻，元神不宁。采用活血化瘀，醒脑安神、行气镇痛之法治之。先针风池用平补平泻法，使针感通过头颅传到眼区，守气2min，不留针，配百会、通天、神庭、头维、瞳子髎、合谷、三阴交用平补平泻法，使针感放散和传到病所及指（趾）端，留针30min。针后头痛减轻，每日1次，针治5次时，头的后半部及头昏、眼黑、呕吐等症已缓解，唯前额部仍隐痛，记忆力仍差，减去通天、百会，加攒竹、神门用平补平泻法，留针30min，与上述穴位轮换使用，针治12次而愈，6个月后随访未复发。

四、杨甲三

肝肾阴虚，肝阳化风型偏头痛（神经血管性头痛）《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

王某，女，70岁，1992年9月4日初诊。患者缘左侧偏头痛3d而就诊。患者3d前无明显原因突发左侧偏头痛，疼痛剧烈，呈阵发性跳痛，每次持续数分钟，发作频繁，伴心悸，眠差，纳可，大便干，小便黄，舌质红，苔薄白，脉弦细。血压130/90mmHg(17.3/12.0kPa)。既往无特殊记载。诊断：中医为偏头痛（肝阳化风兼肝肾阴虚）；西医为神经血管性头痛。治法：平肝熄风兼滋补肝肾。处方：左侧外关、足临泣、列缺、风池、阿是穴。刺法：外关直刺到内关，泻法；足临泣直刺0.2寸，泻法；列缺向手方向斜刺0.2寸，补法；风池向对侧眼球斜刺1.2寸，平补平泻；阿是



穴，找最痛之处予多针浅刺，泻法。2诊：1992年9月5日。患者头痛明显减轻，效不更方。3诊：1992年9月7日。头痛自第2次针后至此已不发作，巩固治疗1次。

五、杨永璇

(一)肝肾不足，虚火上扰型头痛《杨永璇中医针灸经验选》

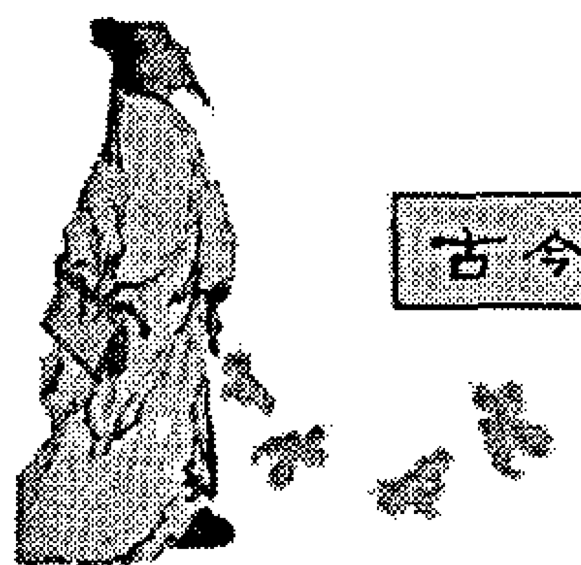
郑某，女，37岁。初诊：头额巅顶痛引后脑，晨暮尤甚，心悸，病历20余年，脉沉细无力，舌苔薄腻。曾生育两胎，均行手术。病久体弱，气血俱虚，心肾失济，虚火上扰。足厥阴之脉上出额与督脉会于巅顶。治当清泄肝胆虚火，滋水涵木，益肾以济坎离。针灸方法：取阳辅双用龙虎交战法，四神聪、天柱双、太阳双、侠溪双（均泻法），列缺双、太溪双（均补法），用捻旋补泻法。2～8诊：连续7d，上方每日针治1次。9诊：第9天，即连续次日。头痛未缓，巅顶尤甚，夜寐欠宁，脉沉细无力。此下虚上盛，再从上法，重在滋补肾水，涵养肝木。针灸方法：取阳辅双用龙虎交战法，四神聪、天柱双、太阳双、曲鬓（双）（均泻法）、后溪（双）、侠溪（双）、涌泉（双）（均补法），用捻旋补泻法，支正双用小剂量穴位注射0.25%普鲁卡因，每穴1ml。10～13诊：连续4d，上方每日针治1次。14诊：第14d，即连续次日。夜寐较安，头痛稍缓，仍在晨暮巅顶作痛。脉小无力，苔薄白腻。肝脉上出额与督脉会于巅，膀胱之脉上额交巅，从巅入络脑，肾与胱膀相为表里，肾水滋养肝木，病处虽在足厥阴足太阳经络，实涉及足少阴经气，故当并治。针灸方法：取四神聪、上星、行间（双）、风门（双）（均泻法）、列缺（双）、太溪（双）、天柱（双）（均补法）用捻旋补泻法。续治10d，上方每日针治1次。3d后头痛缓解，7d后痛即消失，旋即痊愈出院。经随访未复发。

(二)肝火偏旺，黯汲肾阴型头痛《杨永璇中医针灸经验选》

闵某，女，52岁，左偏头痛，一再发作，性情急躁，口干，寐艰，大便易结，舌苔黄腻，脉细弦而数，肝火偏旺，黯汲肾阴，治以平肝清化为先。处方：百会（用迎随补泻法）、太阳（双）、风池双（泻法，针后加拔火罐）、合谷（双）、足临泣（双）（泻法）、用提插补泻法。2诊（间隔1d）：左偏头痛顿告消失，余症见缓，唯大便仍干结，守前方加支沟（双）、照海（双）用提插补泻法。10d后因其他疾病来复诊，谓头痛针后未发。

(三)气血亏虚，风邪袭络型偏头痛《杨永璇中医针灸经验选》

周某，女，28岁。初诊：左偏头痛，已历2年。痛时左目流泪羞明，甚则泛泛欲吐，时发时缓。2个月以来，发作频繁，中午及傍晚时尤甚。脉来沉细，舌苔薄腻。平素体弱，月经失调，气血已亏，复感风邪，客于少阳之络，经气流行失畅。治拟疏通经脉，祛风宣泄。针灸方法：太阳、风池、下关、迎香、四白、睛明（均左）；合谷、侠溪、太溪（均双），以上泻法，用提插补泻法。头维、本神（均左，泻法）用迎随补泻法。



2～7诊：连续6d，上方每日针1次。8诊：第8天，即连续次日。左偏头痛，后半已缓，唯左太阳及目眶依然隐痛，迎风则刺痛，夜寐欠安。脉形沉细弦，舌苔薄腻。今外邪渐解，经脉空虚，无御邪之力，当风乃甚。针灸方法：取阳辅双用龙虎交战法，太阳、风池（左）、列缺（左）、本神（左）、迎香（左）、睛明（左）、间使（左）、侠溪（右）、风门（右）（均泻法），太溪（双）（补法）用提插补泻法，风门针后加拔火罐。续治7d，上方每天针1次。2d后，疼痛显著减轻，仍以原法巩固疗效，旋即痊愈出院。经随访未复发。

六、陈全新

肝郁化火，风阳上扰型头痛（经期头痛）《陈全新针灸经验集》

王某，女，43岁，干部，已婚。主诉：反复出现经期头痛4年，加重1周。病史：患者平素工作紧张，易情绪激动。4年前起，每于月经前后则觉头痛，曾多方求医均未效。诊时正值经期，诉头顶胀痛如裂，呻吟不已，面红目赤，时伴头晕、恶心，胸胁胀满，经量多，色红有块，小腹胀痛。查体：神清合作，发育营养良好，皮肤巩膜无黄染，表浅淋巴结无肿大.双眼向右视时轻度眼颤，无复视，无视野缺失，伸舌头稍偏左，椎体无叩击痛，颈部向左转时诱发头晕，生理性神经反射存在，未引出病理性神经反射。舌红苔黄，脉弦滑。证脉合参：平素神烦易怒、脉弦、苔黄、巅顶头痛，为肝郁化火，风阳上扰所致厥阴痛。治法：清肝解郁，祛风止痛。取穴：太冲、风池、太阳。配穴：合谷、行间、肝俞。操作：太阳、太冲、合谷、行间提插泻法，风池捻转平补平泻法。治疗1次，留针3min，加电针仪，用连续波。针后加贴耳穴肝、肾、膈、内分泌等，用磁珠压贴，头痛即大减。每日1次，共治3次，头痛全消，终止治疗，3个月后复诊，患者诉不仅头痛未再复发且月经正常。

七、朱汝功

（一）外挟风寒，内蕴痰湿型头痛（血管性头痛）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

陆某，男，40岁，教师，1977年3月8日初诊。头部疼痛如裂2周许。1977年2月19日，到农村家庭访问，过度疲劳，复受风寒。始见头巅疼痛，至2月24日疼痛转剧，到当地医院治疗。诊断为“三叉神经痛”，服用止痛药和注射哌替啶针剂，当时痛止，但5h后又疼痛如劈，病势延至前额部，眼球牵掣作痛，流泪畏光，高热39.8℃，用四环素、青链霉素等药后热退，当地医院于3月4日转送上海某医院神经科急诊。经脑电图、超声波检查，诊断为“血管性头痛”。用吲哚美辛、地巴唑、七叶莲等药后观察1d，疼痛转轻而出院。继服止痛药及苯妥因钠等，到3月8日，症情又作，头巅及两颞部疼痛如劈，来针灸科门诊。当时前额、头巅、后脑及两颞部疼



痛如裂，眼球牵掣而痛，冷汗淋漓，面色皖白，胸脘痞闷，泛泛欲吐，不思饮食，面容消瘦，脉弦滑，舌苔白腻。头为诸阳之会，外挟风寒，内蕴痰湿，清阳不升，湿浊不降，太少二阳之脉，经气阻滞，阳明蕴湿未化，治拟化浊宣络，和营止痛。取穴：束骨（双）、后溪（双）、足临泣（双）、外关（双）、合谷（双）、足三里（双）。手法：平针法，得气后留针 30min。3 月 14 日 4 诊。头巅、后脑部、两颞部疼痛明显好转，泛泛欲吐已止，仍守上方出入。取穴：束骨（双）、京骨（双）、足临泣（双）、合谷（双）、后溪（双）、足三里（双）。手法：平针法，得气后针尾加电，留针 30min。3 月 16 日 6 诊，昨天针后，两颞部疼痛已止，头巅部疼痛亦减，唯目内眦至鼻頞左侧尚感发紧，仍守上治。取穴：足临泣（双）、束骨（双）、内庭（双）、足三里（双）。手法：平针法，得气后针尾加电，留针 30min。3 月 18 日 8 诊，头痛较前轻减，各种止痛药已全部停服，仅服"七叶莲"中药，仍从疏经和营止痛为治。取穴：足临泣（双）、京骨（双）、内庭（双）、足三里（双）、合谷（双）。手法：平针法，得气后针尾加电，留针 30min。3 月 19 日 9 诊。头巅痛基本好转，胃纳亦佳，舌苔薄白，脉转小弦，仍守原方投治。取穴：足临泣（双）、京骨（双）、内庭（双）、束骨（双）、合谷（双）。手法，平针法，得气后针尾加电，留针 30min。患者于次日（3 月 20 日）回南浔，嘱其在当地再针刺治疗一段时间，以巩固疗效。2 个月后来信感谢，诉说回去后未复发。

（二）胃中积热，肝胆火炽型头痛（血管性头痛）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

杨某，女，30 岁，工人，1975 年 8 月 1 日下午 16:00 时初诊。右头额部疼痛 3h。今天中午 13:00 时许，右额部突然疼痛如劈，恶心呕吐不已，汗出如珠，面红，下肢冰冷，仰卧不能稍转，呻吟不已。询悉该病已 7 年，开始时每年发作 1 次，2 年后 6 个月发作 1 次，去年以来每月发作 1 次，发作时均见上述症状。服止痛药，连续 4～5d 未效，这次发作较剧。于 1974 年 12 月曾到某医院神经科摄片检查，诊断为"血管性头痛"。当时除右头额部疼痛外，伴有恶心呕吐，面色潮红，精神烦躁，微有口臭，下肢冰冷，脉弦滑，舌苔薄质绛。此乃肝阳上逡，中焦失运，清气不得上升，浊气失于下降，阳明郁火循经上扰，阻滞清空，上热下寒之证，拟泻火潜阳，宣络止痛。取穴：足三里（双）、内庭（双）、合谷（双）、足临泣（双）、太冲（双）。手法：平针法，提插和捻转相结合，留针 30min，隔 10min 捻转 1 次（50～100 转）。针后 15min，右额部疼痛逐步减轻，20min 后又见 1 次呕吐，30min 后疼痛全部消失，患者因口渴，饮温开水一杯，未见再吐，起针后身体能转侧起坐。当晚 19:00 时许，右额部又稍感疼痛，即再来针治，处方、手法同上，针后片刻，疼痛即止。8 月 2 日下午 18:00 时 3 诊，昨天针后，晚上吃稀粥约 50 克，未呕吐，右额部亦未作痛，再用上法针治，以图巩固疗效。取穴：合谷（双）、内庭（双）、太冲（双）、足临泣（双）。手法：平针法，提插和捻转相结合，留针 20min。2 个月后随访，右额部疼痛未发。



八、钟梅泉

肝阳上亢夹痰湿型头痛（神经性头痛）《中国梅花针》

王某，男，31岁，工人，1981年4月16日初诊，头痛反复发作已3年，6个月来症状加重，发作频繁，发作时整个头部疼痛，时有头晕，心烦性急，夜寐不安，梦多，口干苦，纳谷欠佳，溲黄便干。曾在几个医院诊断为神经性头痛。服中西药物等收效不明显。血压126/80mmHg(16.8/10.7kPa)，眼底正常，鼻部检查未见异常。在颈椎1～2两侧和胸椎5～10两侧可摸到条索和压痛，腰部有泡状软性物。脉细稍弦，舌苔薄.证属肝阳上亢夹痰湿。拟以育阴潜阳、化痰镇痛为治。根据病证，选取后颈部、胸椎5～10两侧、腰骶部、风池、内关、太阳、中脘、三阴交、头部、阳性物处进治，采用梅花针治疗2次后，头痛明显减轻，治疗10次，头痛很少发作；经治疗22次后，头痛未再发作，症状消除，精神好转，继治1个疗程以巩固调理，共治37次，无不适感而停诊，随访观察1年5个月疗效巩固。

九、王秀珍

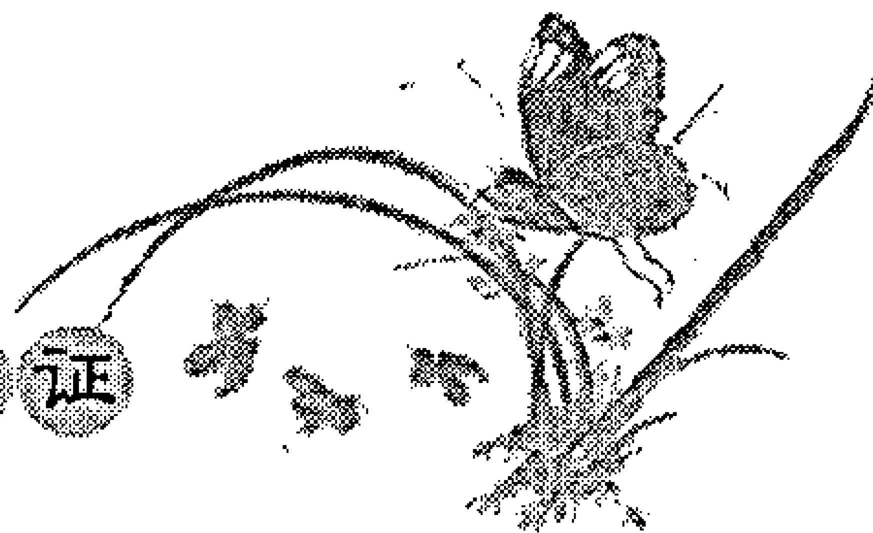
气滞血瘀型头痛（血管性头痛）《刺血疗法》

周某，男，35岁，工人，1982年5月28日初诊。左侧头痛反复发作20余年。患者不到10岁即发头痛，每年发作2～3次，从去年起发作频繁，每周1次，呈胀痛，伴恶心呕吐，怕光喜静，嗜睡懒言，一般经1～2d才能缓解。经省某医院、淮南市某医院拍头颅片、脑电图检查及血脂分析均在正常范围，诊断为血管性头痛。服用索米痛片、麦角胺咖啡因、丹参片等药物，头痛仍发作频繁。检查：左太阳穴血管暴涨，舌质淡紫，苔薄，脉小弦。诊断：血管性头痛。治疗：刺血太阳、曲泽。1982年7月17日2诊，刺血后头痛发作稀少，1.5个月内在患疟疾、体质差的情况下发作头痛1次。再刺血太阳。1982年8月23日3诊：头部基本不痛，偶尔稍有不适，刺血鱼尾、尺泽。患者刺血3次，头痛未再发作，20余年的痼疾得到根治。

十、刘保延

少阳经头痛《火针》

王某，女，27岁，1992年4月18日初诊。发作性头痛10余年，头痛发作1周余。患者10余年来发作性头痛，以右侧为甚，常伴目眩、失眠、不耐劳作。经中西药物治疗头痛可以缓解到一定程度，但很难痊愈。此次连续工作后头痛又作，影响睡眠、工作。舌质淡红，苔薄白，脉弦细。初诊为少阳经头痛。治疗用毫针行右侧丝竹空透率谷，以局部酸胀沉重为度，再刺合谷、列缺、足临泣。3诊后头痛缓解，工作、睡眠正常，但如往日，隐痛不除。复行右侧悬颅、悬厘、率谷、通天、承光、百会



穴火针点刺，2次后头痛完全消除，自觉头脑清爽。随后2个月家访，尽管有时工作紧张劳累，但头痛未再发作。

【导读】

头痛，是指因外感六淫、内伤杂病而引起的，以头痛为主要表现的一类病证。头痛可见于西医学内、外、神经、精神、五官等各科疾病中，内科常见的头痛，如血管性头痛、紧张性头痛、三叉神经痛、外伤后头痛、部分颅内疾病、神经官能症及某些感染性疾病、五官科疾病的头痛等，均归属于本病范畴。头痛一证首载于《黄帝内经》，《素问・风论》中称为“首风”、“脑风”，指出外感与内伤是导致头痛发生的主要病因，认为六经病变皆可导致头痛。汉代张仲景在《伤寒论》中论及太阳，阳明、少阳，厥阴病头痛的见症，并列举了头痛的不同治疗方药。李东垣《东垣十书》将头痛分为外感头痛和内伤头痛，并补充了太阴头痛和少阴头痛。《丹溪心法》有痰厥头痛和气滞头痛的记载。其后部分医著中还记载有“头风”一名。清代医家王清任倡瘀血之说，《医林改错・头痛》提出以活血化瘀治疗头痛，引起后人重视。

本节所选医案的作者均认为头为“诸阳之会”，“清阳之府”，又为髓海之所在，居于人体之最高位，五脏精华之血，六腑清阳之气皆上注于头，手足三阳经亦上会于头。若六淫之邪上犯清空，阻遏清阳，或痰浊、瘀血痹阻经络，壅遏经气，或肝阴不足，肝阳偏亢，或气虚清阳不升，或血虚头窍失养，或肾精不足，髓海空虚，均可导致头痛的发生。治疗时必以调神利窍、缓急止痛为基本原则。外感者宜以祛邪活络为主，内伤者以滋阴养血补虚为主。

于书庄医案：所治病例①患者初起症见头部刺痛，为瘀血特征，以后胀痛，为热证特征，但从病因、体征、兼症以及发病诱因分析，诊断为气血两虚型偏头痛无疑。为何虚证出现刺痛和胀痛？因气虚则推动力不足，血运瘀阻。取中脘、气海、足三里以补气益血，针风池、百会以升阳止痛而收效。病例②患者偏头胀痛，头晕，怕热，大便偏干，火热之征也。每遇劳累或睡眠不足而发病，具有气血（阴血）不足之象，其本虚标实，故辨证为阴虚阳亢型偏头痛。用太阳放血清热以治其标，针中脘、气海、足三里补虚以治其本，标本兼治而收效。病例③为风痰上扰型偏头痛，于氏的特点是选取奇穴治疗头痛，手有偏头痛点属“奇穴”，对于急性剧烈性头痛患者，采用巨刺法（左取右，右取左），多能立即取效。病例④为风寒侵袭型偏头痛。患者系因感受寒邪，以致筋肉收引痉挛所致。寒则温之，针法温寒力弱，效果短暂，艾灸温阳力强，故间日雀啄灸通天穴旁压痛点后寒邪得除，收引缓解而愈。

张涛清医案：张氏认为针刺治疗头痛有很好的疗效，既无药源性副作用，止痛效果又快，且复发率较低，疗效可靠。所治病例①辨证为内伤兼外感型偏头痛，治以疏调经气祛半表半里之邪，选取风池、太阳、外关、率谷针刺，刺血上星而愈。病例②辨证为肾虚肝阳型头痛，治以疏肝理气，选取太溪、太冲，百会、涌泉针刺而愈。病例③辨证为气滞血虚型头痛，治宜理气活血，活络止痛，选取列缺、



血海、膈俞、足三里、百会针刺而愈。张氏指出头为“清阳之府”、“诸阳之会”，五脏六腑的气血皆上会于头，故不论外感时邪，脏腑内伤都可直接或间接的引起头痛。临床上应明确诊断，找出主因，结合整体观念辨证求因甚为重要，可防止头痛医头之嫌。

郑魁山医案：郑氏治疗头痛的经验是均可选用风池、太阳为主。认为风池能祛风清热，是治疗头脑、五官诸疾的重要腧穴，针刺时向对侧太阳斜刺，使酸胀感传向“病所”，守气，使针感维持1～2min，或穿过疼痛部位，传导明显者疗效佳，传导差者疗效差。太阳是治疗头痛的经验穴。此外，可根据经络理论采用分经配穴：前额痛连及眉棱骨证属阳明，配上星、头维、攒竹、合谷、后顶、脑空、太冲；脑后痛连及肩背证属太阳，配天柱、百会、后顶、后溪；偏头痛连及耳区证属少阳，配头维，颔厌、悬颅、中渚；眼眶痛目不能睁证亦属阳明，配攒竹、鱼腰、四白、合谷。以上所列，先针主穴，再针配穴，除风池不留针外，其他穴位留针10～20min，以扶正祛邪，疏经止痛。郑氏还根据辨证取穴：外感风寒头痛加列缺、外关用烧山火法，使身体产生热感少汗，以发散风寒；气虚头痛加足三里，用补法以补气；血虚头痛加三阴交用补法以养血；湿重头痛加丰隆，用平补平泻法以利湿；肝胆火盛头痛加侠溪、行间用泻法，以清泻肝胆；肾虚头痛加次髎用补法、以补肾；胃火上冲头痛加内庭，用泻法以清胃泻火。所治病例①辨证为肝阳上亢型头痛，采用疏肝降逆，清热熄风，育阴潜阳，理气镇痛之法，选取主穴配百会、头维（右）、悬颅、行间用泻法，使针感传到病所和足趾，照海用补法，使针感放散到足心和足趾，当即痛止。病例②证系跌仆损伤，脑髓受损，瘀血停留，经络受阻，元神不宁，采用活血化瘀，醒脑安神、行气镇痛之法，选取主穴配百会、通天、神庭、头维、瞳子髎、合谷、三阴交用平补平泻法，使针感放散和传到病所及指（趾）端，留针30min，针后头痛减轻渐愈。

杨甲三医案：患者系肝肾阴虚，肝阳化风型偏头痛，西医诊断为神经血管性头痛，选取外关、足临泣治疗，外关、临泣是八脉交会穴一对配穴，有平肝熄风作用，是偏头痛治疗中最常用腧穴。其中列缺为四总穴之一，“头项寻列缺”，且列缺可滋阴补肾（肺肾金水相生）；风池为足少阳胆经经穴，可平肝熄风；局部阿是多针浅刺，使邪去络通，通则不痛。

杨永璇医案：病例①中医辨证为肝肾不足，虚火上扰型头痛，系顽固夙疾，属气血虚亏，虚火上扰，治取阳辅穴用龙虎交战手法，泻肝胆虚火以定痛；补太溪、泻行间，借滋肾水以涵肝木；加列缺治头面诸疾，补泻兼施，相得益彰。病例②是肝火偏旺型之头痛，足少阳和足厥阴之脉均循行头巅，经气阻遏不通则痛，故方中取风池、足临泣以疏肝熄风清火通经，合谷能清泄阳明之火，加拔火罐用以宣泄头额部气血壅滞而达到清潜的作用。支沟、照海，乃益水行舟之法，为通润腑气而用。病例③属气血先亏于内，复感风邪于外，客于少阳之络所引起的偏头痛，治疗用阳辅之龙虎交战法，以理肝胆之失常，侠溪泻胆火之有余，太溪滋肾水之不足，风池泄上部风



邪，风门疏膀胱经气。杨氏认为辨证论治，才能获效。

陈全新医案：辨证为肝郁化火，风阳上扰型头痛，西医诊断为经期头痛。陈氏认为，本例属情志不达，肝郁气滞，郁而化火，上扰清窍所致，故见头痛、头晕、面红胁胀；热迫血行则经量多，用太冲、合谷、肝俞、行间以清肝泻火。风池、太阳以祛风止痛。针后肝火得泻，肝阳得平，从而诸症得除。妇女阴血易耗，肝阳易亢，治疗须兼顾滋阴养阴，以冀"壮水之主，以制阳光，阴平阳秘"，而经调痛止。

朱汝功医案：临床治疗头痛一般以上病下取、分经取穴和辨证取穴相结合为治疗原则，疗效比较显著。所治病例①、②西医均诊断为血管性头痛。病例①中医辨证为外挟风寒，内蕴痰湿型头痛，患者疼痛遍及全头，朱氏辨证为太少二阳脉气失宣，阳明蕴湿未化，故取足太阳经之束骨、京骨，足少阳经之临泣，取足阳明经之足三里、内庭，配手阳明合谷、手太阳后溪、手少阳外关以疏通经气，和中止吐，化湿健脾。如此上病下取，三阳经同治，手足同名经合用，以起"同气相求"的功效。病例②头痛已7年之久，近1年来每个月发作1次，连续数天，服止痛药无效，辨证为胃中积热，肝胆火炽型头痛。朱氏认为胃、肝、胆火炽，随经上逆，络道受阻，不通而痛，治以上病下取，泻火降逆之法。额颞部系阳明、少阳脉气所过，故取足阳明内庭、足厥阴太冲、足少阳足临泣，配手阳明合谷与足阳明内庭表里同治，如此双管齐下，以清胃肝胆冲逆之气火，故一诊而效，再诊而愈。

钟梅泉医案：钟氏指出梅花针对偏头痛、神经性头痛收效显著，认为头痛患者可在颈椎两侧摸到条索及压痛，颞部、耳垂下、耳前、项窝可摸到结节和压痛，同时在胸椎5～12两侧可发现条索，腰部、骶部可摸到泡状软性物，治疗时针对头部腧穴叩打应轻刺激，不宜采取重刺激手法。钟氏所治病例辨证为肝阳上亢夹痰湿型头痛，西医诊断为神经性头痛。选取后颈部、胸椎5～10两侧、腰、骶部，风池、内关、太阳、中脘、三阴交、头部及阳性物处进治而取效。

王秀珍医案：王氏认为刺血治疗血管性神经性头痛，有疏通脑络，畅通血行，调节血管舒缩功能，而使头痛自止。所治病例有20余年头痛史，久痛入络，缠绵不愈，多属瘀血留于络中，故辨证为气滞血瘀型头痛，西医诊断为血管性头痛，刺血太阳、曲泽、鱼尾、尺泽而愈，痼疾得以根治。

刘保延医案：刘氏认为火针治疗顽固性头痛有很好的疗效，取穴大都以头痛局部为主。针刺时尽量将针刺部位的头发分开，刺深以穿头皮为度。刺后应注意检查针孔是否有出血，如有出血，一般不必止血，可待其自凝。气血不足、肾虚火盛者可用干棉球压迫止血。顽固性头痛由于日久不愈，"久病入络"，多有痰血阻滞，火针性温善通，助阳通络，"通则不痛"，所以常有良效。所治病例中医辨证为少阳经头痛。经用一般针刺治疗隐痛不除。复用右侧悬颅、悬厘、率谷、通天、承光、百会穴火针点刺，头痛未再发作。

第二十四节 眩 晕

一、郑魁山

(一)肝阴不足,血虚生风型眩晕(梅尼埃病、神经官能症)《郑氏针灸全集》

王某,女,37岁,教师。因眩晕头痛呕吐3d,1970年10月13日初诊。患者3d前作噩梦,出冷汗,感觉头晕,不能站立,视物模糊,呕吐苦水,耳鸣,听力减退,烦躁气急,不能入睡,不想吃东西,月经过多。经某医院诊断为"梅尼埃病"及神经官能症。今天病情加剧,而来我院。检查:舌苔白腻,脉弦细。中医辨证系肝阴不足,血虚生风,上扰清窍。采用平肝熄风、养血安神之法治之。取风池、百会、听宫、神庭、合谷、内关,用平补平泻法,留针10~20min。针治1次,头晕呕吐基本消失。复诊减去内关,加印堂、神门,每日1次,又针治3次,睡眠好转,共针治8次而痊愈。1971年12月20日随访未复发。

(二)肝郁气滞,风痰上犯型眩晕《郑氏针灸全集》

张某,女,46岁,保姆。因眩晕呕吐反复发作4年,1970年6月6日初诊。其女代诉:患者近4~5年来经常头痛、头晕、耳鸣,昨天生气后,半夜里突然眩晕,觉得天翻地覆,旋转,当即呕吐不止,昏迷不醒。检查:患者卧床昏睡,床下呕吐食物满地,面色苍白,舌苔薄白,脉细数。中医辨证系肝郁气滞、风痰上犯清窍。采用疏肝解郁、祛痰利湿、醒神开窍之法治之。取人中、内关、风池、听宫、神庭、合谷,用平补平泻法,留针15min。针后患者苏醒,呕吐停止,眩晕减轻。复诊减去人中,加印堂,每日1次,又针治3次即愈。1971年8月10日随访未复发。

二、于书庄

(一)风痰上扰型眩晕(耳源性眩晕)《于书庄针灸医集》

史某,男,42岁,1975年9月23日初诊。病史:头眩1d。患者于昨日上午在田间劳动时,觉得头悬,天地转动,摔倒在地,不敢睁眼,伴有恶心,未吐,大便干,检查:血压不高,左翳风压痛(++),舌质红,苔薄白,脉弦滑。辨证:系风痰上扰。治法:治以熄风化痰,降逆和中。治疗经过:针百会以熄风,针涌泉以引气下行(上病下取),针足三里以化痰降浊,针内关以和中止呕。2周后随访,经1次治疗,眩晕消失。

(二)风痰上犯型眩晕(耳源性眩晕)《于书庄针灸医集》

刘某,女,52岁,1973年12月2日初诊。病史:头旋7d。患者于7d前病头旋,天旋地转,不敢睁眼,不敢动头,甚至眼珠也不敢动,动则眩晕加重,恶心,自病后每日发作1~2次,每次持续6~7h。检查:翳风压痛(++),舌苔白滑,脉弦滑。辨证:系风痰上扰。治法:治以熄风化痰,降浊和中。治疗经过:针百会、中脘、内关、足三



里、涌泉(双侧)。得气后取较强酸胀针感。在留针过程中,头旋逐渐减轻而缓解。自针后头旋未作,共治疗 4 次,临床治愈。

(三)肾气虚型眩晕(高血压病Ⅱ期)《于书庄针灸医集》

王某,女,62 岁,1987 年 1 月 23 日初诊。病史:高血压病史 8 年,冠心病史 6 年。头晕,后项及两肩酸沉不适,腰膝疲软乏力,心悸,夜尿频,每于春秋季节血压升高。检查:面色一般,舌质淡红,苔薄白,脉弦细,血压 170/100mmHg(22.1/13.0kPa),辨证:证系虚性高血压病Ⅱ期(肾气虚)。治疗过程:灸百会 10 壮,灸后由于患者紧张血压未降,1 小时后血压降至 130/60mmHg(16.9/7.8kPa),停服一切降压药物。自 1 月 23 日灸 1 次后,至 5 月 28 日前,共检查 3 次,血压维持在 150/80～90mmHg(19.5/10.4～11.7kPa)。5 月 28 日血压升高至 170/90mmHg(22.1/11.7kPa),继灸百会 10 壮,2h 后血压降至 150/90mmHg(19.5/11.7kPa),观察至 6 月 21 日血压维持正常。

三、杨永璇

肝阳上亢,胃气不和型眩晕(梅尼埃病)《杨永璇中医针灸经验选》

李某,男,53 岁。初诊:眩晕 7 年,一再复发,经多处治疗无效。发作时头旋眼黑,恶心呕吐。此为肝阳上扰,久则阳明失降,土被木克,脾胃俱伤。脉沉弦滑,舌尖红、前半薄、根腻。治先清镇肝阳。针灸方法:取百会、上星、天柱(双)、后溪(双)、太冲(双)均泻法,用捻旋补泻法,留针 7min。复诊:第 3 天,即间隔 1d。病势较缓,脉仍弦劲,舌苔薄腻。风阳为患,上实下虚。仍宜清泻为先,接用前法。针灸方法:同上。3 诊:第 5 天,即间隔 1d。脉转迟滑,舌尖燥、根薄腻。肝阳渐降,胃气未和。多劳之体,虑其复作。拟少阳阳明同治法。针灸方法:取百会、本神(双)、合谷(双)、丰隆(双)、中脘(以上均泻法),用捻旋补泻法。中脘出针后加拔火罐。4 诊:第 7 天,即间隔 1d。症情续见减轻,无不良变化。5 诊:第 9 天,即间隔 1d。眩晕静止,仍守前法,希静养以免波折。针灸方法:同上。6 诊:第 16 天,即间隔 7d。诸恙均安,身心怡如,仅掌心微热,此为阴虚内伤。时届冬至,一阳将动,用清宁泻阳法,以资巩固。针灸方法:取百会(泻法)、天柱(双)(补法),用捻旋补泻法,留针 30min。此例治愈,4 个月后随访未复发。

四、魏　稼

肝风内动型眩晕(耳源性眩晕)《魏稼针灸经验集》

张某,女,38 岁,职员,1995 年 9 月 20 日就诊。主诉:3 年前患中耳炎,治愈后出现眩晕,近年发作次数增多,每年发作 3～4 次,每次持续 10 余天。每因劳累或生气诱发,发时面色苍白,站立不稳,不能行走,需人扶掖,周围景物旋转,摇摇欲坠,天昏地倾,如坐舟中,转动头部加重,十分痛苦。曾诊为迷路性眩晕,经中西医



反复治疗，未能根治。上周发作于骑自行车途中，卒感头昏目花，恶心欲吐，出汗、全身不支而倒地，只好在路旁坐下，闭目休息1个多小时，经人扶回家中。平时耳中似有物堵塞，听力下降，偶伴耳鸣，左侧较明显，睡眠不佳，血压一般在110/70mmHg(14.7/9.3kPa)左右。现饮食无味，面色苍黄，形体消瘦，舌黄淡红苔白，口苦口干，脉弦细数。前医诊为痰浊中阻，蒙蔽清阳，以化湿祛痰为治，进半夏、天麻、白术、陈皮、茯苓等，配合针刺合谷、外关、丰隆等穴，收效不明显，细询患者，称此次发作前，曾气恼情绪不佳，加以平时急躁易怒，乃改从平肝祛风潜阳论治，师宋窦材治头风眩晕呕吐法于风府1穴2针，针尖朝向两耳后乳突入2寸余，使针感较重，加用听会、外关、太冲等穴，每日针1次，施"凤凰展翅"手法，留针约1h，每10min左右运针1次。针3次后，诸症渐减，不恶心，进食增加，稍有眩晕。再针1个疗程，除耳中堵塞感仍存外，余症消失。

五、陆瘦燕

(一)湿浊中阻，肝阳升动型眩晕《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

陈某，男，41岁，干部，1965年8月7日初诊。患者素有哮喘，昨宵骤然眩晕。迄今10余小时昏晕不能行动，视物飞旋，胸宇痞闷，面色㿠白，四肢麻木，语言低沉，脉迟缓小弦，苔白腻质红。经曰："髓海不足，则脑转耳鸣"，又曰："诸风掉眩，皆属于肝"。此例病者，肺气素虚，子夺母气，以致脾土虚弱，健运失司，湿浊中阻，真气不能上达，髓海空虚。金虚木无所畏，厥阴升动，上扰清空，而致斯症。治拟健脾和胃，平肝熄风。取穴：太冲(双)一、足三里(双)土；手法：提插捻转补泻结合弩法，留针20min。注：先刺足三里，先泻后补，运用阴中隐阳手法，在2min内针下感觉空虚，不断运用催气法，过4min出现针下沉紧，但无放散感觉，患者亦无明显反应。将针轻轻提至天部，用弩法向下斜插1寸许，患者主诉酸胀感觉沿胫骨直透足背冲阳穴，胸脘顿觉轻快。再将针提1寸，照上述针向用力将针直插，弩针不动，约1min后，患者即觉针刺感应透达足趾，并有微微跳动，主诉胸腔压迫症状消失，胸襟舒畅，眩晕减轻，留针20min。再刺太冲，进针得气后紧提慢按，并左右捻转约3min，大拇指向前用力推动10余次，患者顿觉头部轻松，俯仰旋转自如，留针20min。起针后，即能行动，眩晕已平。1965年8月8日复诊。昨天针后，眩晕已除，唯精神不振，四肢酸软，苔薄腻，脉细缓。再施和胃清浊之法，以图巩固。取穴：足三里(双)十、丰隆(双)一；手法：提插补泻法，留针5min。次日随访眩晕平，体力渐已恢复。

(二)风阳挟痰，上扰清窍型眩晕《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

陈某，女，33岁，干部，1965年8月6日初诊。眩晕耳鸣，颞颥胀痛，动辄呕吐，病已4年，劳累后每易发作。来诊时，眩晕大作，两侧颞部剧烈胀痛，视物旋转，两目难张，颈项牵掣，头重不举，脉沉滑，舌胖质淡苔腻。患者体素肥胖，气虚痰湿偏



重，烦劳引动气火，风阳挟痰上扰，清空之窍失宁，乃为斯症，治拟熄风化痰、升清降浊为法。取穴：颔厌（双）—、风池（双）—、听宫（双）—、太阳（双）—、支正（双）—、飞扬（双）—、丰隆（双）—、太冲（双）—；手法：提插补泻，留针10min。注：因患者初次接受针灸治疗，比较紧张，手法无法进行。太阳穴捻针5min。1965年8月8日复诊，针刺后，当天晚上头痛缓解，耳鸣消失，但眩晕未平，且觉头胀、头重，泛恶纳呆，神疲倦怠，脉沉滑，舌胖质淡，再拟前方加减。取穴：颔厌（双）—、风池（双）—、太冲（双）—、支正（双）—、丰隆（双）—、足三里（双）＋；手法：捻转提插补泻法，留针10min。1965年8月12日3诊，治疗2次后，眩晕已平，头部胀痛消失，颈项仍有牵掣，仍宗上法。取穴：颔厌（双）—、风池（双）—、太冲（双）—；留针10min。隔3d随访，病已痊愈。

六、华延龄

（一）阳气衰微，荣血不足型眩晕（梅尼埃病）《古今针灸医案医话荟萃》

吴某，女，54岁，1965年11月11日入院，即日下午，突然眩晕，房屋旋转，不敢睁眼。伴有恶心，耳鸣、心悸、胸闷、四肢厥冷、爪甲青紫。送某医院急诊，诊断为“梅尼埃病”。注射阿托品、氯丙嗪、高渗葡萄糖液后嘱其回家休息。2h后诸症未见减轻，兼有肢麻，两足抽筋。再送本院急诊。1962年时有同样发作史。经多科治疗，年余得愈。检查心尖区听诊有1～2级收缩期吹风样杂音，左耳听觉减退，瞳孔等大，眼球震颤明显，肢冷、爪甲青紫，脉沉涩，苔薄。证系眩晕，乃阳气衰微，荣血上输不足所致。治拟温通督阳。处方和操作：下脑户、风府、哑门。银温针7壮，每日1次。治疗经过：入院后随即施治。针后四肢转温，抽筋缓解，肢麻消失，脉复，余症稍减。服甲丙氨酯0.4g入睡。次晨起床缓行。自述头胀，额首如砸。4次后诸症消失，仅感耳鸣，巩固3次后出院。

（二）督脉受损，气血凝滞型眩晕（脑震荡后遗症）《古今针灸医案医话荟萃》

宋某，男，37岁，1965年6月28日住院，主诉：1964年12月10日以高处跌下，当时诊断为腰椎压缩性骨折。后脑胀痛、恶心，站立及坐久则甚，平卧稍舒，伴有眩晕。经多种治疗未效。检查：枕骨部如碗口大小感觉迟钝。舌质淡、苔薄白，脉右沉涩、左缓。证系脑震荡后遗症，督脉受损，瘀血失祛，治宜温通督阳，活血化瘀。取穴和操作：哑门、风府、下脑户、风池。银温针7壮，每日治1次，每周6次。初治时虽艾炷较大而患者并不感温，经治1周后感觉好转，症状减轻。治疗3周后，已能坐立0.5d而尚安，头胀痛、眩晕、恶心等症状基本消失，仅在劳累后稍感脑发胀。

七、焦顺发

（一）眩晕（链霉素中毒致右前庭功能损害）《头针》

来某，女，51岁，农民。主因：注射链霉素后眩晕5d。病史：该患者原患慢性支



气管炎、肺气肿。近日来因咳嗽、气短，胸痛就诊。医生让其注射青链霉素，每次注射青霉素20万U，链霉素0.5g，每日2次。在第3次注射后，面部及全身有跳动感和难受，患者害怕不愿意继续注射。但其他人说不要紧，就继续注射。在注射的第7天感头晕明显，似酒后头晕，步态不稳，晚上需人扶才能走路。头往右后转动时头晕最严重。1978年6月4日来诊。检查：因头晕明显自己不能走路，被他人扶进检查室，头不能往右后转动。被动转动时头晕严重。有水平性眼震，但无耳鸣。右听力正常。选区：选双侧晕听区，每日1次。疗效：第1次针后，头晕减轻。第2次针后头晕明显减轻，能自己行走。第4次治疗后平时已不头晕，能自己步行来诊。但头往右后突然转动时仍有轻微头晕，水平性眼震已消失。第7次后完全恢复正常。

（二）眩晕（梅尼埃病）《头针》

白某，女，50岁，教师。主因：眩晕5年，近1年来加重。病史：缘于5年前开始发作性眩晕，发作时物体旋转、心跳、出汗。频发时，日数次，每次持续约20min左右，最长可达20h。先后用中西药物治疗无效。1978年5月26日来诊查体：眩晕明显，眼前物体旋转，双耳鸣伴心跳、出汗，选区：选双侧晕听区，每日1次。疗效：第2次针后眩晕消失。5个月后发作，针1次后又消失。随访5个月仍正常。

（三）眩晕（高血压病）《头针》

邵某，男，63岁，职工。患者患高血压病5年，常头晕、失眠，来诊时血压170/100mmHg。针刺双侧血管舒缩区上1/2，进针后不捻针，留针30min后，血压即降至120/70mmHg，自觉头部轻快。

八、王秀珍

（一）眩晕（梅尼埃病）《刺血疗法》

王某，男，24岁，干部。主诉：发作性眩晕病史18年。发病时头目眩晕、视物旋转、恶心呕吐，睡在床上也感到房子在转，不敢睁眼。某医院检查诊断为梅尼埃病。服药治疗仍不时发作。1968年发病较频、眩晕呕吐较严重。遂请刺血科老中医治疗，刺血太阳出血，20min症状即缓解。病愈随访：刺血治疗1次，症状控制，至今未复发。

（二）眩晕（高血压病，动脉硬化）《刺血疗法》

李某，男，49岁，干部。1963年发现高血压，住当地医院治疗6个月，症状缓解。1965年症状加重，经常头痛，血压升高达160/100～110mmHg。曾去上海、南京等地医院检查诊断为："高血压病"、"动脉硬化"。服降压、利尿、祛脂药及中药治疗，疗效不稳定。头昏、头痛、耳鸣、失眠多梦、记忆力减退。1969年来刺血科治疗。检查：血压160/110mmHg。眼底：视盘（一），动脉细，反光增强，静脉充盈，动



静脉交叉可见压迹，黄斑部血管退缩。化验检查：胆固醇 280mg/100ml，诊断：①高血压病。②动脉硬化。治疗经过：取穴太阳、曲泽、委中，隔 1 周刺血治疗 1 次，共刺血治疗 4 次，症状明显好转，头痛消失，睡眠好，血压下降，舒张压 90mmHg 左右。1978 年 12 月追访：测血压 128/88mmHg，胆固醇 156mg/100ml。感觉良好，全日上班。间断服用右旋糖酐-10、芦丁、维生素 B_6 等药物。

(三)眩晕(高血压病)《刺血疗法》

甘某，女，66 岁，家属。高血压病史 6 年，终日头昏、头痛，两腿沉重，两眼视物模糊。1977 年 1 月来院治疗。检查：血压 240/150mmHg。化验：胆固醇 360mg/100ml。治疗经过：取穴太阳、阳交，刺血治疗后，立刻感到头部轻松，走路轻快，测血压下降到 176/88mmHg，降压效果快速显著。

【导读】

眩是指眼花或眼前发黑，晕是指头晕甚或感觉自身或外界景物旋转。二者常同时并见，故统称为“眩晕”。轻者闭目即止；重者如坐车船，旋转不定，不能站立，或伴有恶心、呕吐、汗出，甚则昏倒等症状。现代医学的多种疾病如梅尼埃病、高血压病、低血压、脑动脉硬化、椎基底动脉供血不足、贫血、神经衰弱等，凡临床表现以眩晕为主症者，均属于本病范畴。眩晕最早见于《黄帝内经》，称之为“眩冒”。认为眩晕属肝所主，与髓海不足、血虚、邪中等多种因素有关。汉代张仲景认为，痰饮是眩晕的重要致病因素之一。至金元时代，刘完素《素问玄机原病式》中主张眩晕的病机应从风火立论，而《丹溪心法・头眩》中则强调“无痰则不作眩”的学说。明清时期《景岳全书・眩运》中强调“无虚不能作眩”，《医学正传》指出眩晕的发病有痰湿及真水亏虚之分，治疗眩晕亦当分别针对不同体质及证候，辨证治之。此外《医学正传・眩运》还记载了“眩运者，中风之渐也”，认识到眩晕与中风之间有一定的内在联系。

本节所选医案的作者继承《黄帝内经》的学术思想，他们认为眩晕的病因主要有情志、饮食、体虚年高、跌仆外伤等方面。其病性有虚实两端，属虚者居多，如阴虚易肝风内动，血虚则脑失所养，精亏则髓海不足，均可导致眩晕。属实者多由于痰浊壅遏，或化火上蒙，而形成眩晕。眩晕的治疗原则是补虚泻实，调整阴阳。虚者当滋养肝肾，补益气血，填精生髓。实证当平肝潜阳，清肝泻火，化痰行瘀。

郑魁山医案：郑氏认为治疗眩晕总以针刺风池、百会、神庭、听宫、内关、合谷、丰隆平补平泻，温阳化湿，升清降浊为法。心悸不能入睡配印堂、神门以安神定志；神志昏迷配人中以开窍醒神；耳聋、耳鸣配耳门、听会以清泻肝胆，利窍聪耳；头胀痛、眼球震颤配太阳、攒竹以祛风止痛；恶心呕吐，厌食配中脘、三阴交以平肝和胃。所治病例①辨证为肝阴不足，血虚生风型眩晕，西医诊断为梅尼埃病、神经官能症。病例②为肝郁气滞、风痰上犯型眩晕，两例均以郑氏经验用穴加减配穴而取效。

于书庄医案：于氏对耳源性眩晕的治疗有丰富经验，认为应以百会、足三里、中



脘、内关、涌泉为主穴。百会熄风，足三里、中脘化痰降浊，内关和中止呕，认为涌泉穴是最重要的穴位，因其位于人体的最下部，为肾经之井穴，具有引气下行（上病下取）、熄风定眩之功效。所治病例①、②中医均辨证为风痰上扰型眩晕，西医诊断为耳源性眩晕。于氏用经验方治疗多例，皆能立即收效。于氏认为百会是高血压病反应点，高血压病患者按百会必痛。按之不痛非穴也。治疗高血压时，应用艾条雀啄灸，将点燃的艾条从远处向百会穴逐渐移动，当患者感觉到烫时为 1 壮，然后将艾条提起，再重新操作 10 次为 10 壮。两壮之间应间隔片刻，以免患者皮肤起泡。灸百会适合治疗Ⅱ、Ⅲ期高血压病，中医辨证属于虚性者，肝火上升证禁用。病例③辨证为肾气虚型眩晕，西医诊断为高血压病Ⅱ期，经灸治，血压维持正常。

杨永璇医案：杨氏认为现代医学的梅尼埃病，属于中医眩晕范畴。《素问·至真要大论》云："诸风掉眩，皆属于肝。"朱丹溪谓："无痰不作眩。"论因恰当，然亦有因劳倦所伤，气血失调而致眩晕者，则宜补中益气，和胃健运。所治病例辨证为肝阳上亢，胃气不和型眩晕，西医诊断为梅尼埃病。治宜疏肝胆以清镇宁神，健脾胃以化湿除痰。取穴泻太冲、丰隆，是疏肝化痰，取中脘加拔火罐以理中焦，是助运和胃之法，诸恙减退而获效。

魏稼医案：魏氏治疗耳源性眩晕颇多，均经用针刺而治愈。魏氏认为中医有无风不作眩之说。所治病例中医辨证为肝风内动型眩晕，西医诊断为耳源性眩晕。当以治风为是，选取风府熄风定眩；听会、外关、太冲清泻肝胆，利窍聪耳而愈。

陆瘦燕医案：陆氏指出先贤沈金鳌曾云："凡人金衰不能制木，则风因木旺而煽动。"木又生火，"风火相搏"，"头目因为旋转而眩晕"。认为治疗眩晕，重在明辨上下虚实，凡上气不足，因气虚、血虚、阳虚而致晕者，颔厌脉多虚而微细，治当"引而起之"，宜多补少泻。百会等头部穴可用灸法，而引清阳之气上填髓海。凡"风阳上僭"，气火挟痰湿而致眩者，颔厌脉多盛实，治须"绝而止之"，宜多泻少补。头部穴当用泻法，远道穴应视症因之不同，辨证用穴，补泻兼施。而下肢某些降气的穴位如足三里等，应施行气之法，或在涌泉穴施以温和灸，也可用盐附子敷扎，均可引导气火下潜，此皆《黄帝内经》所称"上实下虚、引而下之"之法。所治病例①素有哮喘，肺金不足，子夺母气，脾失健运，化生痰湿，兼以金虚木无所畏，而致肝风时动，厥阴气火妄行，真气不能上达，髓海因而空虚，遂为风痰所扰，眩晕之证顿作，诸恙因故丛生。胸宇痞闷，面色皖白，四肢麻木，均是湿浊中阻、真气行运不周之故。中医辨证为湿浊中阻，肝阳升动型眩晕。陆氏用健脾和胃之法，培土以养肺金，金盛得御木侮，此子复母仇之意。兼施平肝熄风之法，风熄阳潜，经水得平，脾肺散精，其气得行，故能效如桴鼓，在治疗过程中，陆氏既重选穴配方，又重补泻手法，知其痰浊阴霾之邪阻滞中宫，先刺足三里，用阴中隐阳手法，先泻后补，不先泻其邪浊，正气难以来复。运针后觉针下空虚，此为邪气已泄之象，乃用催气法，谷气大来，神气朝会于穴，觉针下沉紧，然后却用弩法，引导气火痰浊下降，此即"引而下之"之



法，故针后病者顿觉胸宇舒畅，眩晕减轻。再取太冲，用提插泻法，以泄肝胆有余之阳邪，兼用搓法，以降肝气，针出而眩晕消失，诸恙悉除，再以和胃化浊之法，巩固治疗而愈。陆氏认为《丹溪心法》"眩晕者痰因火动也。盖无痰不能作眩，虽因风者，亦必有痰"之言确为肺腑之言。病例②体质肥胖，痰湿偏盛，又因烦劳气张，虚火妄动，化风鼓激痰浊，上攻清空之窍。呕吐泛恶头重，脉滑苔薄，属痰湿有余之象，辨证为风阳挟痰，上扰清窍型眩晕。陆氏根据昔贤窦默有谓："更穷四根三结，明标本而刺无不痊"的理论，用熄风化痰、升清降浊之法，取颔厌、风池、太阳、太冲以平降风阳；取丰隆以化痰降浊，用支正、飞扬以止目眩。《百症赋》有谓："目眩兮支正、飞扬"。支正为手太阳之络穴，飞扬为足太阳之络穴，手太阳之脉抵目内眦，足太阳之脉起于目内眦，此两穴相配，是同名经相接，"同气相求"以及"根结相应"理论的运用。取听宫以止耳鸣，与支正相配，是治本治标同用之法。一诊而病势骤减，再诊加补足三里，以健脾和胃，图治其本，三诊而病获愈。此二例同属脾虚肝旺，但前者肺虚而致，后者体质使然。陆氏重视化裁，同病异法，皆中其的。

华延龄医案：华氏针对眩晕习用温通督阳法治疗，选取督脉的下脑户、风府、哑门等穴采用银温针治疗。所治病例①良由肝肾不足，气血两亏所致。辨证为阳气衰微，荣血不足型眩晕，西医诊断为梅尼埃病。病例②患者脑受外伤，故损及督脉，气血凝滞，辨证为督脉受损，气血凝滞型眩晕，西医诊断为脑震荡后遗症。两例皆用银温针针刺督脉诸穴，督阳振奋，气血疏通，其疾自愈矣。华氏的温通督阳法是选用含银量60%的银针为工具，针柄上点燃艾炷进行温针灸。治疗以选用督脉经穴位为主，共取5穴：下脑户（位于枕骨下正中凹陷中）、风府、哑门及两侧风池，其中督脉经穴位于颈部正中线，上属于脑，下系脊里，故选为"温通督阳"主要刺激点。手法采用双手夹持进针法。快速刺入穴位表皮后缓缓进入，轻度提插为主，结合小幅度捻转，达一定深度，得气即可。然后温针5～7壮。该法适用于脑炎后遗症、视神经萎缩、声带麻痹、延髓麻痹、中风后遗症、脑外伤后遗症、偏头痛、类风湿关节炎与痛经等疾病，效果灵验，华氏在此基础上发展成为项丛刺法。项丛刺法是在后项部多针丛刺的一种治法。众所周知，颅内是大脑皮质、下视丘、垂体等高级中枢所在部位，后项部深层为脑桥（生命中枢）、交感神经节、网状结构等，是关系生命的重要组织。华氏认为项丛刺法是通过对项部的广泛刺激，发挥其良性的调节作用。项丛刺法选穴操作有甲乙两种：甲组纵向取下脑户、风府、哑门，横向自风府至完骨作6等分，每1个等分为1个穴位，左右两侧为12穴，共计15个穴位。乙组取下脑户、风府、哑门、风池（双），督脉3穴左右旁开0.5寸各1穴，第4～7颈椎左右旁开5分和1寸各2穴（左右各为2排，每排为4穴，共16穴），共计27个穴位。选用0.40mm不锈钢毫针，直刺1寸左右，轻度提插，以得气为度，留针30min。项丛刺法所取部位，主要为督脉、足太阳膀胱经以及足少阳胆经所行。《灵枢·经脉》"膀胱足太阳之脉，起于目内眦，上额交巅。……其直者，从巅入络脑，还出别下项"，



《难经》"督脉者，起于下极之俞，并于脊里，上至风府，入属于脑"，的论述说明该部位与脑有着密切的联系。在临床上除广泛应用于脑血管意外后遗症、癫痫、偏头痛、震颤麻痹、脑震荡后遗症等脑源性疾病外，还对高血压、过敏性哮喘、慢性鼻炎、神经性耳聋、近视、遗尿、风湿性关节炎、感冒、周期性瘫痪、失眠、神经官能症、颈椎综合征等都有一定疗效。至于甲乙两组的穴性差异，华氏认为甲组调节作用大于乙组，而乙组直接刺到颈丛，除了其调节功能外，对颈丛所经过部位，如心、肺、气管、上肢、脊背上部组织，也能起到一定的影响。

焦顺发医案：焦氏运用头针治疗眩晕取穴简单，疗效快捷。所治病例辨证均为眩晕，所治病例①西医诊断为链霉素中毒致右前庭功能损害；病例②西医诊断为梅尼埃病。均针刺双侧晕听区，便可见效。病例③西医诊断为高血压病，针刺双侧血管舒缩区上1/2，血压降至正常。

王秀珍医案：王氏认为梅尼埃病与自主神经（植物神经）功能失调，导致内耳血管痉挛，膜迷路微循环障碍，神经上皮缺氧而致感觉功能受损所致。内耳毛细血管血液滞留属于中医血液瘀滞的现象。刺血治疗旨在行血祛瘀，促进内耳血行通畅，水液代谢正常，临床症状缓解。所治病例①辨证为眩晕，西医诊断为梅尼埃病，刺血太阳而愈。王氏认为高血压病属于中医"肝阳"、"肝风"、"眩晕"范畴。由于内、外诸因素影响人体，导致阴阳、气血动态平衡失调。肝阳亢盛，升多降少，血随气逆，气血交并，日久产生脉络瘀阻等改变。刺血治疗旨在疏通经脉气血，使气机升降恢复正常，阴阳调和，血压自然稳定。据临床观察，刺血治疗降压效果明显，部分病例远期效果不够持久、稳定，可配合药物治疗。病例②西医诊断为高血压病，动脉硬化。病例③为高血压病。刺血太阳、曲泽、委中、阳交而愈。

第二十五节　中　　风

一、于书庄

（一）气虚络阻型中风《于书庄针灸医集》

刘某，男，58岁，1982年7月12日入院。病史：无高血压病史。于3d前上午拉货汗出，后颈部发紧，午休醒后左半身无力，说话不清，神志清，不头疼，不恶心呕吐，自去县医院就诊，当时血压偏高（数值不详），给予中药3剂（药物不详），自服安宫牛黄丸6丸，次日病情加重，在人搀扶下勉强走到医院，第3天症状更重，站立不稳，左手不会动，来我院急诊入院。检查：体瘦，精神不振，语声低怯，舌胖淡，苔白厚，脉滑略弦。血压130/80mmHg(16.9/10.4kPa)瞳孔右小于左，左鼻唇沟浅，伸舌左偏，左上下肢肌力3°，肌张力不高，腱反射亢进，巴氏征（+），双掌颌反射（+）。辨证：气虚络阻。立法：益气通络。取穴：①中脘、气海、内关、足三里、三阴交、百



会，热补法。②百会、风府、曲池、内关、合谷、环跳、阳陵、绝骨(病侧)、环跳取触电感。曲池、阳陵热补法。治疗经过：两组穴交替取用。经过7d治疗病情逐渐加重，左上肢肌力0°，下肢肌力3°，10d后病情稳定，13d后患者精神好转，语言较前清楚，左上下肢肌力3～4°，小关节肌力0°，腱反射亢进，左锥体束征(＋)。43d后，左上肢肌力4°，下肢肌力4～5°，腕指关节肌力为1～2°，显效出院。

(二)气虚血瘀，痹阻心脾型中风(脑血栓)《于书庄针灸医集》

张某，女，47岁，1985年8月13日初诊。病史：高血压5年，1985年7月12日患小中风。7月22日晨，出现语言謇涩、舌强，四肢活动自如，病后即赴某院，诊为脑血栓，用药不详，好转出院。现仍语言謇涩，舌不灵活，喉中有痰。检查：上下肢肌力正常，巴氏征(－)，金津、玉液充盈，舌质偏红，苔薄白，脉沉弦。辨证：证系气虚血瘀，痹阻心脾。治法：益气活血。取穴：哑门与风府交替使用，天突与廉泉交替取用，通里、照海、中脘、足三里，金津、玉液放血2次。治疗经过：治疗2次后，语言明显清晰，血压110/70mmHg(14.3/9.1kPa)。7次后仅着急时尚感语言不利，舌质淡红，苔薄白，脉弦细。共治疗8次，停止治疗。

(三)气虚络阻型中风《于书庄针灸医集》

武某，男，50岁，1977年4月26日初诊。病史：患高血压病已10年。1977年4月25日清晨3:00时许，睡醒后发现左半身软弱无力，左面部麻木，随即去某医院急诊，经药物静脉点滴后好转(药物不详)，继而又类似发作多次。检查：诊见左半身无力麻木，左面部发紧，伴有头晕、烦躁、困倦、便秘、舌体胖大、苔白滑、脉沉弦而细，血压170/114mmHg(22.1/14.9kPa)。辨证：证属气虚络阻。治法：治宜益气通络。取穴：灸中脘，针足三里、三阴交、曲池、百会。治疗经过：针灸1次后，头晕即刻消失，次日半身无力麻木及左面发紧均缓解。继用前穴巩固治疗2次，停针观察2周未再发。

(四)阴虚阳亢，血瘀络阻型中风(脑血栓后遗症，高血压Ⅲ期，假性球麻痹)《于书庄针灸医集》

王某，男，60岁，1986年6月23日初诊。病史：高血压20余年。1985年12月因劳累过度，工作中突然左半身不遂，病后即赴某院治疗，6个月好转出院。现左半身不遂，手不能解扣、束腰带，左肩痛、活动受限，下肢能行走，走不到一里路，哭笑不自主，饮水呛。检查：CT检查为脑血栓形成，血小板高于正常值。左上下肢肌力3级，腱反射亢进，肌张力高，左霍夫曼征(＋)，左颌反射(＋)，巴氏征(－)，血压140/80mmHg(18.2/10.4kPa)，舌质偏红，苔白，舌边有齿痕，面红，脉沉滑数。西医诊断：①脑血栓后遗症，②高血压Ⅲ期，③假性球麻痹。辨证：阴虚阳亢，血瘀络阻。治法：补阴泻阳，化瘀通络。取穴及治疗经过：针手足十二针9次，患肢肌力增强，手指较前灵活。近日血压波动，头晕、恶心，针风池、条口透承山、阳溪(双侧)、关元，治疗3次，休息1周，休息后查下肢肌力3级(＋)，精神易激动及夜尿多均有



好转，缓慢饮食则不呛，血小板值正常。左肩痛，某院诊为“肩周炎”，给予泼尼松（强的松）等药，均无效。先针大椎（针尖刺向病侧，热手法）、手足十二针，2 次后血压平稳。再以通阳治疗肩痛。针四神聪透百会、内关、中脘、足三里以化痰安神，治疗不自主哭笑。治疗 4 次后，肩痛缓解，不自主哭笑消失。针大椎，刺法同上。针双侧翳风、完骨，针翳风时针尖刺向结喉，深 1.5～2.0 寸，各捻转 1min，治疗 4 次后饮水呛消失。休息 1 周后复查，血压平稳，左半身尚感乏力，左上肢不能后背，肘前痛，走路时左脚抬不高，语言尚感不利。仍针大椎，刺法同上。针哑门、肩髃、曲池、内关、合谷、环跳、阳陵、足三里、涌泉（均单侧）9 次。哑门、通里、照海均取双侧 3 次，两组穴交替使用，治疗 12 次后，休息 1 周复查，左肩臂痛消失，已能抬臂过头，后背两侧相等，可步行 2～2.5km，足仍抬不高，上肢肌力 3 级（+），下肢肌力 4 级（+），语言欠清，血压平稳，治疗 12 次后，改为灸关元 100d。1987 年 1 月随访，灸后效果良好，一冬未感冒。

二、郑魁山

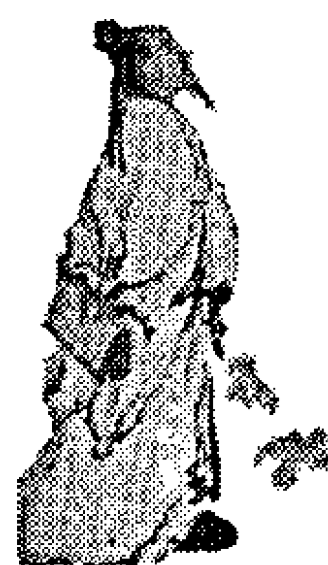
（一）痰火内发，阻塞孔窍型中风（脑出血后遗症）《郑氏针灸全集》

冯某，男，58 岁，农民。因左侧瘫痪 2 年，1962 年 6 月 30 日初诊入院。患者 2 年前患脑出血昏迷，在本院治疗清醒后，自己觉得回家休养就会好，可是休息了 2 年多，没好，又来院治疗。检查：神清合作，发育营养一般，舌苔薄白，脉弦滑，血压 220/120mmHg（29.3/16.0kPa），左上肢拘急，肩关节下塌约一横指，手掌肌萎缩，瞳孔右大于左，光反射存在，面部左侧浅感觉弱于右侧，左侧闭眼力明显减弱，鼻唇沟变浅，露齿则口角明显右牵，伸舌明显左偏，左侧耸肩力量近于消失，左下肢肌力明显减低，左下肢能活动，但卧位时不能举达腹部，腕无自主活动，拇食二指稍能屈曲，余指难活动，不能站立和活动，左侧肢体浅感觉较右侧减退，左侧腹壁反射及提睾反射消失，左侧上下肢生理腱反射较右侧明显亢进，霍夫曼征、纳久征、巴彬斯奇征、罗索利模征、戈登征、恰道克征等试验皆阳性，踝阵挛阳性，眼底检查：呈动脉硬化性眼底改变。中医辨证系素有痰湿，劳累后痰火内发，痰浊阴邪阻塞孔窍，气血凝滞，经络不通，筋骨失养。采用祛风利湿，豁痰降逆，舒筋利节之法治之。取双侧内关、足三里，健侧曲池、阳陵泉、合谷，患侧三间，用平补平泻法，留针 20min，每日针 1 次，治疗至 7 月 4 日，针治 4 次后，左上肢能举达剑突水平，下肢能扶腋杖及推车锻炼行走，血压降至 190/110mmHg（25.3/14.7 kPa），改针患侧天宗、肩髃、臑会、曲池、三间、健侧环跳、申脉，继续针治 6 次，患侧手指能完全伸直，膝关节能屈伸，血压降至 170/100mmHg（22.7/13.3kPa），再加肩髎、外关、中渚、阳陵泉、足三里等穴和前穴加减使用，隔日 1 次，治疗至 8 月 9 日，针达 24 次时，上肢能外展 25°，上举能保持剑突水平，手指可以完全伸开，膝、踝、趾能屈伸活动，独立行走，血压降至 150/98mmHg（20.0/13.1kPa），显效出院。



(二)痰湿内停,经隧阻塞型中风(脑血管意外并发假性球麻痹)《郑氏针灸全集》

王某,男,54岁,干部。因右侧偏瘫,吞咽困难22d,1979年7月2日在天水某医院会诊抢救。患者1956年患高血压病,1964年发生脑血管痉挛,1972年发生脑血栓形成,1975年复发,并出现假性球麻痹,1979年4月9日入院。在治疗过程中,逐渐出现流涎增多,语言不清,口张,伸舌不灵活,吞咽时发呛,情绪易激动,有时无故哭笑,生活不能自理,右侧肢体虽能活动,但不能完成有意识的动作。伸舌偏右,咽后壁反射消失,双眼视网膜交替出血。因进水进食发呛,于6月5日下胃管鼻饲。请甘肃省、兰州市、天水等医院医师会诊,一致认为患者病情的变化,是由于在脑动脉硬化的基础上,脑血管损害呈弥散性改变的结果,出现9,10,12三对脑神经麻痹、运动性失语、假性球麻痹,目前尚无有效的西药治疗。检查:体温37.9℃,脉搏104/min,呼吸24/min,血压200/120mmHg(26.7/16.0kPa),神清,发音不清,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,额纹对称,右侧鼻唇沟稍浅,伸舌居中、肺(—),心界向左下扩大,心率104/min,心律不齐,心尖区可闻及Ⅱ级收缩期吹风样杂音,主动脉瓣区第二音大于肺动脉瓣区第二音,肝脾未触及,生理反射存在,病理反射未引出,四肢肌力尚可,桡动脉硬化(+),眼底视网膜血管硬化Ⅱ～Ⅲ度。当时患者表情呆痴,有时似哭似笑,口半张,口流黏稠唾液,自己不能吐出,因不能进饮食,鼻中插一胃管已22d,引起肺炎,有3次高热达39°C以上。医师认为插鼻饲管的时间可能过长,右腕轻度下垂,右臂肌肉轻度萎缩,右侧肢体可以伸屈,不能做其他的动作;回答问话时只能发出"咿、呀"的声音;舌强挛缩,不能伸出齿外。舌质赤,苔黄厚腻,脉滑数。西医诊断为脑血管意外并发假性球麻痹;中医辨证系痰湿内停,经隧阻塞、清窍受蒙;采用祛痰利湿、疏经开窍之法治之。与主管医师商量后,拔出胃管。给患者喂水后,患者噙在口中,多时不咽,偶有下咽动作时则呛咳不止。先针照海、列缺,留针;后针上廉泉、廉泉、天突,用平补平泻法,不留针;风府、风池、通天、三阴交,用补法,留针10min,针时让患者试喝橘子汁,喝了两匙顺利,然后加橘瓣下咽时呛2次,加针阳溪(右)后,又喝两匙鸡汤炒面糊,均能咽下。下午继续观察患者吞咽情况,发现唾液黏腻而多,吐之不出,咽之不下;针左列缺,翳风,用平补平泻法,唾液稍清,吞咽亦稍好。7月1日喝稀面糊500ml。7月3日2诊,病情稍有好转,早晨进流食300ml,脉搏80/min,体温37℃。先针照海、右列缺、百会、通天、风池、上廉泉、阳溪,手法同前,1日共喝稀面糊1 250ml。7月4日3诊,吞咽好转,先针临泣、外关;后针右曲池、合谷、环跳、足三里、悬钟以疏经活络治疗半身不遂,针后可吃面片及花卷(李核大小八块)。从7月5日以后,每日手法和配穴同前,治疗至7月23日,患者早晨能喝1碗牛奶,吃2个鸡蛋,2块桃酥,中午2碗豆角炒肉面,下午1碗稀饭,1个糖饼,1杯麦乳精,合主食250克。7月25日患者早晨下地坐椅子不慎掉地,又出现舌挛缩,语言不清。加针金津、玉液



后，舌能伸出唇外，并能上下、左右活动。治疗至7月28日，针达25次时，患者能自己端碗进食，每日平均250g，有时能吃肉馅饺子，自己能到院外散步，血压140/100mmHg(18.7/13.3kPa)，苔薄白，脉滑。此后嘱患者经常锻炼而停诊观察。同年9月9日和1980年10月20日两次随访，患者每日进食250～350g，右侧上下肢活动自如，能说3～4个字，出院后未发。1968年6月15日随访，患者仍坚持锻炼，情况良好。

(三)肝风内动，气血上逆型中风(高血压，脑出血)《郑氏针灸全集》

莫某，女，61岁，农民。因左半身不遂、失语8d，1978年10月16日初诊入院。患者患高血压病已2年余，8d前觉头痛、头晕，1d前在地里剥玉米，站起时即觉头晕而昏倒，不能说话，随即左侧上下肢不能活动，一直昏睡，在医疗站治疗无效而来住院。检查：嗜睡，神志恍惚，语言不清，面红，瞳孔左略大于右，左侧鼻唇沟较右侧浅，伸舌偏向左侧，两肺可闻及痰鸣音，呼吸深快，心尖部可闻及Ⅱ级收缩期吹风样杂音，心律齐，心率60/min，主动脉瓣第二心音亢进，腹软，肝脾未触及，右侧上下肢能活动，但不灵活，左侧上下肢不能活动，膝腱反射右侧正常，左侧减弱。未引出病理反射，体温36.6℃，血压211/116mmHg(28.1/15.5kPa)，血常规：白细胞19.6$\times 10^9$/L，中性0.91，淋巴0.9；脑脊液呈血性。因患者口张不大，未看舌苔，脉弦有力。西医诊断为高血压脑出血；中医辨证系肝风内动、气血上逆，采用镇肝清火、熄风潜阳之法治之。取太冲为主，配十二井放血、三阴交(双)、丰隆，用泻法，留针20min。西医给吸氧辅助。10月17日2诊，神志清楚，反应迟钝，能说话，但声音低微，能进少量饮食，头痛，左侧上下肢活动不能自如，左手握力差，血压190/70mmHg(25.3/9.33kPa)，心率64/min，舌质淡红，苔黄腻，脉弦。针刺取穴手法同前，加双风池、百会、上廉泉、左曲池、合谷、环跳。治疗至10月20日5诊时，头痛大减，说话清楚，能进饮食，伸舌仍偏向左，两侧瞳孔等大，左鼻唇沟较右侧浅，左侧上肢和下肢能抬起，左手握力仍差，血压150/60mmHg(20.0/8.0kPa)，苔脉同前，停止吸氧。针左肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、风市、阳陵泉、足三里、悬钟，用平补平泻法，留针20min。治疗至11月6日，又针12次时，患者头已不痛，精神好转，两侧瞳孔等大，两侧鼻唇沟无明显差异，饮食增加，左手握力增强，能握住别人三指，左手能抬高至头，能步行，但左腿力量较差，迈步时抬不高。血压160/80mmHg(21.3/10.7kPa)，因患者要求即出院。坚持到门诊针灸。配穴、手法同前，针灸15次后，病情基本恢复，即停诊。1978年12月20日随访，患者恢复健康，左手能抬高过头，握力好，步行端正，能承担家务劳动。

(四)肝阳上亢，痰阻隧道型中风(脑血栓形后遗症)《郑氏针灸全集》

刘某，男，70岁，1962年6月16日初诊。患者有高血压已近10年。近1年来经常头晕，因3d前喂猪时觉头晕、右半身麻木发软，活动不灵而摔倒，继则语言不清，经当地医院转来我院。检查：神清合作，发育营养一般，能勉强起立，不能站立



和行走，轻度失语，血压 180/130mmHg(24.0/17.3kPa)，双侧瞳孔等大、等圆，光反射佳，右侧眼裂较小，闭眼力量较差，露齿，口角稍向左牵，右侧肢体肌力明显降低，右上肢不能举达下颌，手腕活动迟钝，手指不能伸直，右下肢沉软，髋膝关节活动范围较小，踝以下不能活动，右侧腹壁及提睾反射消失，生理反射不亢进，病理反射除巴宾斯基征阳性可疑外，余皆阴性；眼底检查：呈动脉硬化性眼底改变。舌苔白腻，脉弦滑。中医辨证系脾湿多痰，劳累过度，肝阳上亢，痰阻隧道。采用抑肝扶脾，祛风化痰，疏通经络之法治之。取曲池、合谷、阳陵泉、丰隆、曲泉，健侧用透天凉法，患侧用平补平泻法，留针 20min，针治 2 次后，上肢能举至头顶，手指屈伸接近正常，下肢髋、膝关节活动范围扩大；针治 4 次后，能扶腋杖行走，步态尚稳；第 5 次针治加金津、玉液、丘墟、申脉、哑门，言语开始清楚，踝以下能活动，右腹壁及提睾反射逐渐出现，血压降至 150/110mmHg(20.0/14.7kPa)。为了巩固疗效，又配风府、关元俞、秩边、环跳为主，和前穴加减。治疗达 24 次时，症状消失，上下肢关节活动基本正常，仅肌力稍差，即出院。

(五)肝风痰浊，蒙蔽清窍型中风《郑氏针灸全集》

王某，男，59 岁，经理。2d 前突然昏倒，卧床不醒，神志昏迷，检查眼睑闭合，牙关紧闭，体胖，面赤，气粗，喉中痰鸣，痰声如锯，右侧上下肢不能活动，血压 190/100mmHg(25.3/13.3kPa)，脉弦数。证系气火上逆，引动肝风，痰浊壅盛，蒙蔽清窍所致之中风闭证。采用平肝降逆，熄风豁痰，启闭开窍之法。先针人中，向上斜刺，用泻法，以泪出为度，配十二井穴点刺出血，合谷、丰隆、太冲用泻法，留针 20min，针后患者睁开双眼，张口欲言，但不能发音，右侧仍不能活动。第 2 天复诊，昏迷、痰鸣好转，能进饮食，但仍不能说话，有时昏睡，血压 170/100mmHg(22.7/13.3kPa)，针人中，配风府、风池、合谷、丰隆、行间用泻法，留针 20min，针后神志即清醒。以后针风府、风池、百会、肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、绝骨用平补平泻法，每日 1 次，治疗 46d，中风不语半身不遂即愈。

(六)血瘀经络型中风(脑血栓形成)《郑氏针灸全集》

孔某，男，48 岁，干部。因右侧偏瘫、失语 2d，1979 年 4 月 19 日入院。患者患高血压病已 22 年，最高 180/120mmHg(24/16kPa)，1979 年 4 月 17 日行走中突然发病，右侧肢体无力，说话不清，返家后又频繁发作 4 次，始终神清，偶有恶心，但无呕吐，每次发作持续时间约几分钟至半小时，阵发性右侧抽动，随发作次数增加而间歇性缩短，持续期延长，病情继续发展，至 4 月 18 日说话不清、右侧肢体完全不能活动而入院。检查：呼吸 24/min，脉搏 84/min，血压 180/120mmHg(24.0/16.0kPa)，甲状腺不大，意识清楚，颈部抵抗(—)，克氏征(—)，布氏征(—)，拉塞格征(—)，心率 80/min，心律齐，腹软，肝脾未触及；脊柱无压痛畸形。神经系统检查：瞳孔等圆等大(左右 3 mm)位置正中，光反射左右良好。眼球运动不受限，感觉正常，眼裂左右相等，鼻唇沟右侧浅，口角右低，发音不清，伸舌不能吐出、偏右，自

主运动右侧丧失，肌张力右侧减弱，肌力右侧上下 0°，左侧上下 5°，指鼻试验(－)，快复试验(－)，昂白征(－)，跟膝试验(－)，右侧浅感觉减退，腹壁反射左右上(卄)、中(卄)、下(卄)，提睾反射左(卄)、右(卄)，肱二头肌左(卄)、右(卄)，肱三头肌左(卄)、右(卄)，桡骨膜左(卄)、右(卄)，膝反射左(卄)、右(＋)，踝反射左(卄)、右(卄)，霍夫曼征左(－)、右(－)，巴宾斯基征左(－)、右(＋)，却道克征左(＋)、右(＋)，高登征左(－)、右(－)，欧本海姆征左(－)、右(－)。脑电图诊断为正常范围脑电图。检查：胆固醇 217mg/100ml，三酰甘油 1.58mg/100ml，β-脂蛋白 366/100ml；尿检：颜色淡黄，反应中性，糖定性阴性，蛋白定性(±)，嗜酸性粒细胞计数 22 个/mm^3。心电图：窦性心率，心电轴不偏，正常心电图，舌质紫苔黄厚，脉弦数。西医诊断为脑血栓形成；中医辨证系血瘀经络。采用活血化瘀、祛风开窍之法治之。取风府、双风池、上廉泉，不留针，右肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、悬钟，用平补平泻法，留针 10min，起针后右腿即能活动，下地能站。治疗至 4 月 23 日，针达 3 次时，两人架着能走，治疗至 5 月 1 日，针达 10 次时，右侧上下肢能屈伸，扶一人能在屋里走，能说话，手足指(趾)能活动，减肩髃、环跳，加右后溪、行间、丘墟，与前穴交替轮换使用，治疗至 6 月 16 日，针达 40 次时，语言清楚，上肢能抬举过头，能握拳，走路基本正常，血压 140/90mmHg(18.7/12.0kPa)，即求出院。又在门诊继续治疗至 7 月 28 日，针达 60 次时，治愈停诊。1979 年 10 月 10 日和 1980 年 10 月 5 日两次随访，已恢复了工作。1986 年 12 月随访，情况良好。

三、魏　稼

(一)肝阳偏亢，瘀阻经络型中风(脑出血后遗症)《魏稼针灸经验集》

杨某，女，51 岁，工人。2 周前因情绪不佳，抑郁数日后突然昏仆，入医院行 CT 检查，认为脑出血。经抢救 2d 神清，现右侧肢体丧失活动能力，手指拘挛无握力，目视物不明，失语，口稍向左歪斜，烦躁易怒，血压 160/88mmHg(21.5/11.7kPa)，胆固醇及血脂较高，纳食、睡眠尚好，小便黄赤，大便结，面目赤，唇红紫，舌有黄苔、质紫，脉弦涩，乃肝阳偏亢，瘀阻经络。先用头针通天透头维，承灵透天冲、角孙，百会透前顶，正营透颔厌，针法同前例，针治 1 周，收效甚微。乃师古法加用十二井穴出血约 5ml 及毫针刺行间、太冲、三阴交、风市、曲池、肩髃、合谷、丰隆等 5 天，四肢活动明显好转，且能拄杖慢行，吐字较清。续治 2 月余，除视力进步较小外，生活能基本自理。

(二)肝肾阴亏，筋脉失养型中风《魏稼针灸经验集》

邱某，男，19 岁，1993 年 10 月 5 日就诊。患者右侧半身不遂 6 个月余，右手指拘挛不能握，下肢行走呈跛状，伴言语不清，记忆力减退，头昏，舌黯红，苔少，脉弦细。诊为中风后遗证。证属肝肾阴亏，筋脉失养。前医已用体针结合刺络放血少



效，故改用头针加体针透刺法治之。百会向左透天冲，后顶向左透浮白，前顶向左透颔厌，风池向左透完骨，并取肩髃，曲池、风市、足三里等穴。隔日1次，共治疗2个月，右手可拿碗筷，右足行走基本正常。头针取穴邻近病变部位，具有较好的活血化瘀功效；体针选用手足三阳经的要穴，目的在于加强疏通经络，调和气血的作用，促进康复。

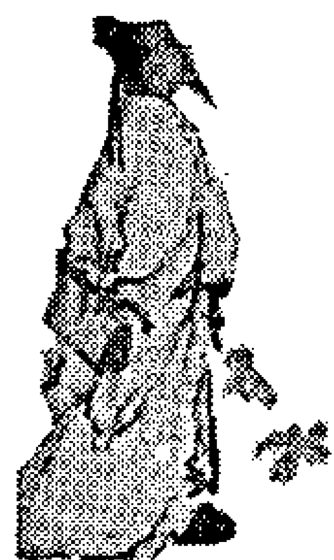
(三)瘀阻经络，筋脉失养型中风《魏稼针灸经验集》

王某，男，54岁，干部。6个月前晨起突发中风，当时医院行CT检查提示，右颞顶叶脑梗死。来就诊时仍见口稍向左歪，言謇语涩，记忆思维能力锐减，左侧肢体活动受限，上肢不能弯曲上举，手指不能握物，下肢站立行走困难，仅能卧床自主屈膝约20°。舌质红紫、少苔，脉弦细稍涩，食纳、二便、睡眠、血压均正常。诊断为瘀阻经络，筋脉失养，据皇甫谧辨证取穴以毫针刺三阴交、绝骨、风市、环跳、风池、外关、曲池、肩髃、合谷、廉泉等，并按张洁古"大接经法"取十二井穴各出血少许，5次仅见少效。乃师今人用头针治中风之意，加刺曲鬓透悬厘、承光透角孙、百会透浮白等，用较强刺激，每次持续约15min，间隔15min再行1次，留针共约45min。如此续治3次，肢体活动即现明显好转，语言较清，再针2周，又有显著进步，月余基本康复。

四、杨永璇

肝风内扰，逼血上菀型中风(脑血管意外昏迷)《杨永璇中医针灸经验选》

奚某，女，50岁。初诊：脑血管意外，神志昏迷已7d，经病房抢救处理，未见显效，特邀针灸科会诊。症见目合，口开，鼾声，舌卷，失语，二便失禁，右肢强直拘急，手握不能伸直，舌质红、苔白、中光剥，脉滑数。证属肝风内扰，逼血上菀，发为风中脏腑之候。闭脱二证参见，症情复杂，治疗殊为棘手。先予开窍宁神。针灸方法：取水沟、太冲(双)(均泻法)，合谷(双)、颊车(双)、廉泉(均补法)用迎随补泻法，先针左侧后针右侧，不留针。印堂、十宣刺出血。2诊：第2天，即连续次日。诸恙如前，尚无好转之兆。续予前法参治。针灸方法：取水沟、百会、风池(双)(均泻法)、太溪(双)、合谷(双)(均补法)用迎随补泻法；中冲(双)、隐白(双)、大敦(双)、至阴(双)，均刺出血。针法同上。3诊：第3天，即连续次日。鼾声已止，口开已合，向左㖞僻，眼能张开，神志渐清，已能理解旁人呼唤，有欲言不出之状，但仍神疲嗜睡，呈半昏迷状态。针灸方法：水沟、曲池(双)、昆仑(双)、涌泉(双)(均泻法)、合谷(双)(补法)，针法同上。印堂、少冲(双)刺出血。4诊：第6天，即间隔2d。神志清醒，语言已能对答，但仍舌强言语不清，口㖞，二便失禁，右肢仍难活动。接用舒筋活络。针灸方法：百会、哑门、地仓(右)、解溪(右)、肩髃(右)、曲池(右)、足三里(右)、合谷(右)、阳陵泉(右)(均泻法，用迎随补泻法，百会、哑门，不留针，其余留针5min。5诊：间隔1d，上方针治1次。6诊：第10天，即间隔1d。诸恙均见好转，右



肢能活动，口㖞渐正，舌能伸出，言语渐利。舌质淡，苔薄白，脉细滑。针灸方法：取百会、肩髃（右）、曲池（右）、外关（右）、足三里（右）、内庭（右）、解溪（右）、合谷（双）、三阴交（双）（均泻法），用迎随补泻法，留针 5min。7 诊：间隔 2d，上方针治 1 次。8 诊：第 15d，即间隔 1d。右肢活动续见便利，已能扶持移步，大小便亦能自主，略感头胀不舒。针灸方法：肩髃（右）、曲池（右）、外关（右）、合谷（右）、环跳（右）、阳陵泉（右）、足三里（右）（均泻法）用迎随补泻法，留针 10min。印堂、太阳（双）刺出血。9 诊：间隔 1d，上方针治 1 次。10 诊：第 20 天，即间隔 2 天。诸恙逐渐痊愈，已能独自步履，只右肢略感少力而已。再予前法巩固。针灸方法百会、印堂、肩髃（右）、肩内陵（右）、曲池（右）、外关（右）、合谷（右）、足三里（右）、阳陵泉（右）、解溪（右）、内庭（右）（均用泻法），用迎随补泻法，留针 16min。次日出院。经随访已恢复健康。

五、张涛清

（一）中脏腑型中风（脑出血）《张涛清针灸治验选》

申某，男，53 岁，干部。家人代诉：患者于 1956 年 3 月开始头痛，眩晕，睡眠不好，工作劳累时症状加重，血压为 170/100mmHg，某医院诊断为高血压。此次于发病前 1d 夜间饮白酒少许后入睡，次晨起床穿鞋时，突然发现右侧上、下肢无力，口眼㖞斜，舌根发硬，继之则神志不清，不省人事，大小便失禁。检查：血压 105/90mmHg，体温 37℃，脉搏 84/min，面部潮红，口张，左眼不能闭合，眼裂加宽，左侧鼻唇沟消失，口角歪斜，脉弦数。诊断为脑出血，辨为中脏腑，治宜豁痰熄风，活血通络。取穴：委中配曲泽放血（釜底抽薪），加刺风池、哑门、攒竹、太冲、人中、十二井穴（放血）。清醒后留有右侧半身瘫痪不用，皮肤知觉迟钝，右侧腹壁反射及提睾反射消失，舌强语謇，转为脑出血后遗症，隔日针刺 1 次，上肢加肩髃、合谷、外关，下肢加环跳、阳陵泉、足三里、昆仑、面部加地仓、合谷、颊车、阳白、承泣，语謇加廉泉、关元（灸），上穴用泻法，留针 30min。治疗 7d 后，右手手指能伸屈握物，18d 后下肢能伸屈活动，右臂能平举，45d 后，能扶拐行走，连治 2 个月后，上下肢均感力量增加，语言已较清楚，但吐字不清，3 个月后，口眼㖞斜基本恢复，治疗 4 个月后，行走已如常人，仅留手指、足趾欠灵活，血压降至 140/90mmHg，留院观察月余，病情稳定出院，7 年后随访，情况良好。

（二）中脏腑型中风（脑出血）《张涛清针灸治验选》

傅某，男，41 岁。其妻代诉：患者有高血压史，1955 年 5 月 6 日下午，突感头部嗡然一响，继之头疼发迷，右半身发麻，右手软弱无力不能握笔写字，症状逐渐加剧，至晚间则舌强语言障碍，右侧肢体瘫痪，继之昏迷不省人事，即送医院抢救。检查：体温 36℃，脉搏 84/min，血压 160/110mmHg，面色渐红，有汗，牙关紧闭，两手握固，呼吸音粗，痰声漉漉，呈中度昏迷状态，右侧瞳孔稍大，对光反射存在，心音弱，右肺呼吸音粗，有痰鸣，右侧上下肢瘫软，脉弦数，诊断为脑出血，辨为中风闭



证，治宜熄风泻火，豁痰开窍。即欲针刺抢救，不料家属认为病已不救，不忍其受针刺之苦而拒绝治疗，把患者抬在家中。在友人再三劝解之下，始勉强接受治疗。针刺百会、风池、风府、曲池、内关、中脘、气海、足三里、阳陵泉、绝骨、十二井穴（放血）。针后患者双眼能睁，眼球固定，结合膜充血，意识仍不清，第2天去患者家，至其门听家属啼哭，近床视之，见已寿衣冠戴齐整，祭物供奉床前，其妻泣告说：穿寿衣时，四肢僵硬，舌卷囊缩，谢绝治疗，余即告退，临行嘱其家属，其脉如现在，若同意治疗时即来人告知。下午17:00时许，亲友来邀，余即往。视患者病情如同午前，即针风池、风府、百会、水沟、天突、肩井、曲池、合谷、鸠尾、中脘、气海、照海、涌泉、曲泽放血、委中放血，针后神志稍清，能示意，痰声亦消，眼结膜充血减退，眼球能转动。针至5月20日，患者脚腹部出白痦，周身出汗，5月24日出汗减少，神清，5月25日神志全清，稍能语，白痦消退，后改为3～5d针刺1次，至隔年2月，能扶双拐行走。

六、陈全新

肝阳亢上，痰火扰心型中风（多发性脑梗死，高血压病）《陈全新针灸经验集》

黄某，男，68岁，2002年4月12日初诊。主诉：右侧肢体无力1个月伴大笑不休。病史：患者于1个月前的夜晚出席宴会并喝了少量酒，第2天出现言语不流利，头晕，但未引起重视，第3天症状加重，言语不利，右上、下肢乏力，每次与人交谈则大笑不休，到医院急诊，头颅CT检查发现多发性脑梗死，给予安宫牛黄丸及对症治疗1个月，右侧肢体乏力有所改善，但行走困难，每次与人交谈仍大笑难忍，胃纳可，大便干，睡眠差，易怒。既往有高血压病10年，无精神病史。检查：神志呆滞，对答尚切题，语言欠清晰流利，记忆力、计算力正常，眼球活动自如，额纹对称，右鼻唇沟浅，伸舌略偏右，右侧肢体肌张力稍高，肌力3级，右手不能握拳，右足尖拖地，右巴宾斯基征（+），右侧肢体感觉正常，扶持下能缓慢行走。舌质微红，舌苔黄腻，脉弦滑。血压150/90mmHg。诊断：中医为中风中经络（肝阳亢上、痰火扰心）；西医为：①多发性脑梗死；②高血压病。治法：平肝滋肾潜阳、清热化痰通络。取穴：太冲、内关、少冲。配穴：丰隆、曲池、三阴交、百会、血管舒缩区。操作：太冲用泻法，三阴交补法，两穴以平肝潜阳，少冲点刺放血以泻心火，内关平补平泻以疏导气机；百会以逆督脉方向进针，曲池、丰隆泻法，血管舒缩区平刺接通电针仪，选择连续密波，通电30min，镇静宁神；其他穴位留针期间运针1次。2诊：昨晚睡眠稍好，仍然大笑难忍，但面色黯红减轻，右侧肢体乏力，舌脉同前，症状有所减轻，治疗遵原法，少冲穴只针而不放血。取太溪、肾俞以育阴潜阳。3诊：夜间睡眠时间延长，白天交谈中大笑的次数减少，每次持续时间缩短、面色潮红也较轻。肢体乏力改善不明显。舌淡红，舌尖略红，苔薄黄，脉弦。从症脉舌象分析，心火略降、肝阳渐转平。治疗加强滋阴宁神，去少冲、太冲，加足三里、合谷以活血通络，足三里



采用补法。加照海、大敦，泻肝火、安神，其他穴位治疗手法同前。4诊：夜间基本能睡，交谈时偶有大笑，但很快能自制，肢体乏力，面色淡红。治疗同3诊。6诊：近2d无大笑不止症状，右侧肢体乏力，右手不能握拳，舌淡红，苔薄白，脉弦。肝阳化火扰心神症状已消失，现以中风右侧偏瘫为主，右侧肢体肌力3～4级。治疗头针取左侧运动区，曲池、合谷、髀关、足三里、风池为主，足三里补法，运动区电针，连续波，通电30min，其他穴位平补平泻。留针30min，中间运针1次。每日针灸1次，治疗10次，患者能独立行走1h，右手能握拳，但不能提筷子，肝阳已平，心火已去，气血尚不足，未能濡养肢末，治疗加取八邪、解溪，并配合丹参注射液2 ml穴注足三里、手三里。治疗10次，右手能写字、独立行走2～3h。无头晕、头痛，情绪稳定。每周复诊1次，3个月后病情稳定，能正常参加社会活动。

七、邱茂良

（一）肝肾阴虚，风阳未靖型中风（脑出血）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

李某，男，65岁，工人。突发神志不清，偏瘫、口眼歪斜1周。因劳累后突然倒仆，家人送往我院急诊，经西医抢救治疗，现症情趋向稳定，神志渐清，但有时仍呈朦胧，遂转入针灸科住院治疗。辨证诊断：患者神志欠清，烦躁不安，入夜为甚，右侧肢体偏瘫，伴口眼歪斜，口角流涎。饮食甚少，言语尚清，口干，便秘，舌质红，无苔，脉弦数。检查：体温正常，脉搏85/min，呼吸平稳，血压170/100mmHg。左侧肢体肌力正常，右侧肌力2级，肌张力高，神经反射亢进，病理反射存在。西医诊断为脑血管意外（脑出血）。中医诊断为中风（中脏腑）。证属肝肾阴虚，风阳未靖，先宜养阴潜阳，平肝熄风。取穴：印堂、神门、足三里、太溪、行间透涌泉穴。均用提插泻法。唯行间先直刺，行提插泻法，再将针斜向涌泉行提插补法。留针30min，每日1次，1周后神志安定，血压下降为150/90mmHg，饮食稍多。乃去印堂、行间等穴，适当加入治瘫穴位如曲池、合谷、风市、阳陵泉等穴加减出入，治疗1个月，肢体瘫痪好转，能下床活动。

（二）痰湿内盛，蒙闭清窍型中风（脑血栓形成）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

杨某，男，59岁，干部。中风偏瘫、失语已旬余。酒后突发神志不清，半身不遂。家人急送往当地医院急救，用脱水降压的方法治疗2周后症状稳定，遂来我院针灸科住院治疗。刻诊：沉睡嗜卧，但唤之能醒，言语不清，体温和血压均在正常范围，饮食甚少，有时恶心，咯吐稠痰，大便常溏，舌苔色黄而厚腻。患者平素嗜食甘肥，好酒，形体肥胖，多痰多湿之体，痰浊内蒙，故沉睡嗜卧而多痰。西医诊断为脑血栓形成；中医诊断为中风（中脏腑）。证属痰湿内盛，蒙闭清窍，走窜经络。治当调补脾胃，宣化痰浊。取穴：人中、廉泉、神门、中脘、足三里、丰隆。均用泻法，每日



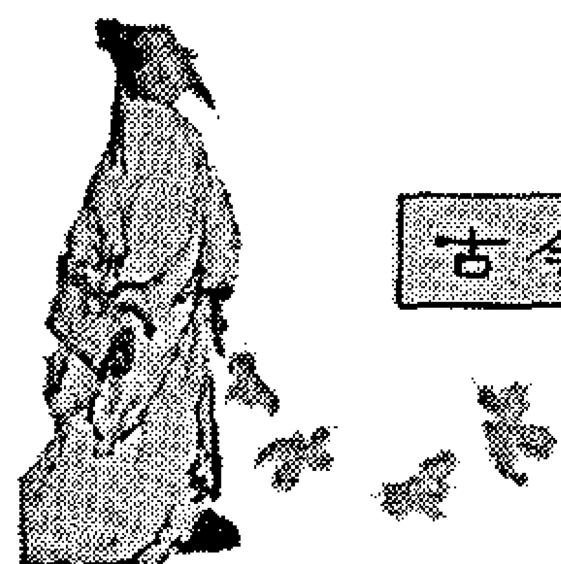
1次，连续10次，神志清醒，谵语好转，不再嗜卧，饮食较好，舌苔化为薄腻，脾运渐复，痰浊渐化。原法中加入治瘫穴位，取穴人中、足三里、肩髃、曲池、合谷、伏兔、阳陵泉、风市等穴加减出入，连治月余，下肢瘫痪渐复可以坐行，上肢仍不能高举，续予调理。

(三)气血两虚，经络失荣型中风(脑出血)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

张某，男，60岁，工人。偏瘫、失语1月余。患者于1个月前，突发昏迷肢瘫，经检查诊断为脑出血。经脑外科治疗后，神志逐渐清楚，但遗肢体瘫痪，失语，今由家人扶来门诊治疗。刻诊，面色灰黯无华，夜眠不宁，易惊醒，乏力，纳差。血压130/80mmHg，舌质淡，苔薄，脉象细数。西医诊断为脑出血。中医诊断为中风(中脏腑)。此中风失血后，气血耗伤，饮食少进、化源告乏，形成气血两虚之证，经络失荣，瘫痪亦难恢复，故治法以调补气血为主。取穴：心俞、脾俞、中脘、气海、关元、足三里、三阴交、通里、神门等心脾同治，针用补法，中脘、气海、关元等针后加灸。每日1次，调治月余，饮食睡眠均见好转，精神较振，气色转佳。唯瘫痪失语依然。原法中加入疏通经络，以治瘫痪。取穴：中脘、关元、足三里、三阴交、肩髃、曲池、合谷、风市、阳陵泉、绝骨等。每次取5～6穴，隔日1次，连续3个月，饮食睡眠均好转，精神渐振，肢体已逐渐恢复活动，生活能自理。唯失语一症，终未见好转为遗憾。

(四)风阳内盛，痰浊内阻型中风(左侧内囊出血后遗症)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

叶某，男，51岁，突发头痛，呕吐、偏瘫1个月。今年春天因大怒引起高血压脑出血，急送省人民医院急救，CT诊断为“左侧内囊出血”，经治疗症情稳定后出院，直接来我科住院治疗。刻下：神志清醒，精神萎靡，右侧半身瘫痪，伴口眼歪斜，伸舌右偏，舌强语謇，烦躁，大便干。舌红，苔黄浊腻，脉沉滑。有高血压史12年，无肝炎、伤寒等传染病病史。否认食物及药物过敏史。检查：体温正常，血压165/110mmHg，心肺未见明显异常，腹部(－)。悬雍垂左偏，吞咽不利，流涎，上下肢均呈痉挛性瘫痪，肌力2级左右，肌张力高，右侧腱反射亢进，并引出巴氏征阳性。西医诊断为脑出血(恢复期)；中医诊断为中风中经络，证属风阳内盛，痰浊内阻，经脉不利。治拟化痰熄风，疏通经络。取穴：百会、合谷、曲池、阳陵泉、行间、丰隆、廉泉。百会向前后左右平刺，以增加刺激量；其他穴位用提插捻转泻法，廉泉以鸡足刺法。留针40min，间歇行针每5min 1次。针刺治疗3次后，血压有所下降，发音时夹痰声亦渐转清亮，大便已5日未行，烦躁转甚，乃加天枢、支沟针刺，并配合开塞露外用，1h后大便通畅，患者顿觉轻松。翌日，改针刺处方：头部百会、天柱、风府、廉泉，上肢肩髃、曲池、三间透后溪，下肢环跳、阳陵泉、足三里、解溪、太冲。隔日左右交替施针，以提插捻转泻法。针刺2个月后，口歪基本恢复，吞咽功能明显



改善，发音已能听懂，下肢肌力恢复至4级，上肢恢复至3级，肌张力已缓，患者能勉强下床行走。患者要求继续针刺治疗，遂按原方继续针刺2个月后，上下肢肌力基本接近5级，发音基本清晰，患者要求出院。带回中药补阳还五汤10付。

(五)中风(高血压，脑出血后遗症)《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

郁某，女，45岁，教师。素有高血压史。1982年5月6日因疲劳过度突发昏仆，不省人事。翌日，神志稍清，但仍呆钝，不能言语，右半身不用，大小便失禁，口角左歪。某医院急诊，诊断为"高血压，脑出血"。经抢救后，于6月17日住入本院治疗。入院检查：神清，语言謇涩，烦躁不安，口角左歪伸舌偏左，左侧肢体半身不遂，肌张力减弱，肌力均为0级，浅感觉存在，深感觉及精细感觉消失，病理反射未引出，舌质黯红，苔薄白，脉弦。眼底检查：双视网膜动脉轻度硬化。血压160/98mmHg。实验室检查：全血比粘度4.3，血浆比粘度1.5，血细胞比容(红细胞压积)35%，血沉24mm/h，还原粘度9.4，血沉方程K值60；胆固醇200mg/L，三酰甘油450mg/L，高密度脂蛋白47mg/L，前β脂蛋白电泳272%，β脂蛋白电泳54.5%。脑血流图检查，血管紧张度增高(左侧为甚)。入院后给予针刺治疗。取穴：廉泉、金津、玉液、地仓、肩髃、曲池、外关、合谷透后溪、环跳、阳陵泉、足三里、太冲透涌泉。各穴均行提插捻转泻法，其中合谷、太冲穴行针5min，金津、玉液深刺使产生舌根部麻胀感不留针，其他穴位留针40min，每隔5min行针1次，每日针灸1次。第2天，血压稳定150/90mmHg，自觉症状显著改善；第11天，下肢肌力开始恢复；第23天，上肢肌力也开始恢复；第70天时，上下肢体肌力均已恢复，语言清楚，能行走，生活自理，血压130/80mmHg，临床痊愈出院，出院时全血比粘度为4.4，血浆比粘度为1.4，血细胞比容32%，血沉12mm/h，还原粘度13.8，血沉方程K值59；胆固醇236mg/L，三酰甘油145mg/L，高密度脂蛋白154mg/L，前β脂蛋白电泳276%，β脂蛋白电泳55%。在住院期间，曾针刺不同时间脑血流图检查，患者的病灶侧脑血流图(左侧)，从进针前到不同时间的变化如下：重搏波由消失到出针后10min变成隐约，上升时间由0.20s在针刺10min后变成0.16秒，波幅由0.25到针刺20min后变成0.38，流入容积由1.25到针刺20min后变成2.37，上升角由75°到出针10min时变成80°，顶夹角由110°变成90°，波幅差由17%变成4%。

八、田从豁

气虚血瘀型中风(再发脑梗死急性期，高血压病Ⅲ期，冠心病)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

宁某，女，60岁，干部。主因"头晕伴行走偏斜1周"，1998年9月20日初诊。患者患有冠心病，高血压病史多年，未曾规律服药。1年前因行走偏斜，诊为"腔隙性脑梗死"，经静点川芎嗪治疗后好转。1周前又因劳累后出现头晕，行走偏斜，左肢无力来就诊。就诊时见：记忆力减退，左侧手指麻木，胸闷痛，纳可，眠安，四肢肌



力5级，病理征未引出。舌淡黯，苔白，脉弦细。诊断：中医为①中风中经络（气虚血瘀型）②胸痹（气虚血瘀型）；西医：①再发脑梗死急性期，②高血压病Ⅲ期，③冠心病。治疗：选穴分为两组：气海、中脘、足三里、三阴交和心、膈俞、脾胃俞、肾俞。同时肢体穴位还有曲池、内关、合谷、照海、申脉两组主穴轮流施治，留针30min，每日1次。初诊后，诉诸症同前，又加百会、四神聪。2诊后诉头晕略好转，肢体无力缓解，行走偏斜发作次数较前减少。故效不更方，继守前法。经针灸治疗1周后，自觉胸闷痛也明显减轻，头晕在活动剧烈时明显，一般活动时已无头晕症状。手指仍有时感麻木，行走偏斜已减少到每日1次或2次。继治，加颈夹脊，梅花针叩刺百会至大椎穴，1周后，诉头晕偶作，胸闷痛未发作，麻木无力及行走偏斜未再发作。

九、焦顺发

（一）中风（结核性脑膜炎）《头针》

张某，男，4岁，家属。主因：左侧偏瘫3年余。病史：1975年1月某日因高热、呕吐，体温高达40℃，但无昏迷，腰穿后定为结核性脑膜炎。对症治疗后逐渐好转。约10d后，右侧肢体出现不自主地抽动，为时短暂，发作频繁，约数分钟1次。当天晚上右侧肢体即活动不灵。经治疗10d后抽风被控制，但右侧偏瘫未恢复。曾体针、服西药月余无效，1978年6月8日来诊。检查：神志清楚，言语正常，右上肢全瘫，肌张力增高。右下肢力弱，不能站立及行走，脚趾屈曲不能伸，人扶迈不开步。选区：左侧运动区上3/5，足运感区。每日针1次。疗效：针1次后，人扶行走时右肢能迈开步。针3次后右手能伸展，而且可以拿东西。针4次后能独步行走，右手能摸到头部。

（二）中风《头针》

徐某，男，41岁，广东花县人，患者于1962年突然昏倒，不省人事伴右侧肢体偏瘫，经治疗逐渐好转，遗右侧无力及右手失用。查本侧肢体力弱，但下肢可以走路，上肢可活动在正常范围，握力微差。右手不能解扣子，拿不起钢笔等。针左侧运动区后，右手马上能解扣子、拿钢笔，而且将五分硬币放在地上，也能方便地拿起。

（三）中风（脑出血）《头针》

王某，男，54岁，农民。患者在劳动时突然昏倒不省人事1d来诊。昏迷24h开始清醒。检查神志清楚，运动性失语，右上肢全瘫，右下肢能抬高10cm。脑脊液血色。针刺左侧运动区，第1次后，右下肢可以抬高、伸屈正常，且能站立20s。第2次针后，下肢力大，能自己走4m远。针29次后走路基本正常，上肢基本活动在正常范围，言语基本恢复。出院后随访2个月，患者能从事一般体力劳动。

（四）中风（脑血栓形成后遗症）《头针》

某，男，沙特阿拉伯人。主因：左侧偏瘫1.5年。病史：1991年10月某日突然



出现左侧偏瘫，当时不伴有昏迷，先后在本国多方治疗，均未见明显疗效，1993 年 3 月 21 日来诊。查体：神志清楚，言语正常，左侧鼻唇沟浅，伸舌偏左。左上肢能抬高平肩，左手半屈状，不能伸展手指，肌张力高，霍夫曼征阳性(左)。左下肢活动障碍，踝关节以下活动受限，行走时偏瘫步态明显。诊断：脑血栓形成后遗左侧不全偏瘫。选区：右运动区及足运感区，每日 1 次。疗效：头针治疗数次后即出现疗效。治疗 22 次后左上肢抬高正常，左手指伸屈正常，左下肢有力，行走时步态灵活。

(五)中风(梅毒性脑动脉内膜炎并发血栓形成)《头针》

尹某，女，50 岁，稷山县城关人。主因：右侧偏瘫 40d。病史：1970 年 11 月 30 日晨起床后，发现右侧肢体活动障碍，右手不能持物，右下肢不能立行，先后用中西药物治疗无进步，1971 年 1 月 12 日来诊。检查：神志清楚，言语正常；右上肢能微抬，手伸屈困难；右下肢能微抬，伸屈困难，不能立行；深反射亢进，病理征阴性；心脏三尖瓣区有 3 级以上收缩期杂音；血 KT(卅)。诊断：梅毒性脑动脉内膜炎并发血栓形成。选区：左侧运动区上 3/5。疗效：进针后捻 1 次针，患者感到右侧上下肢有股热流达手指及足趾。捻针 3min 后，热流增强，病肢舒畅。起针后右上肢能抬高正常，下肢能活动在正常范围，而又独自行走，步态正常。

(六)中风(脑栓塞)《头针》

曲某，男，46 岁，教师。主因：右侧偏瘫 2d 来诊。在下午感右手发麻，很快右侧瘫痪，当时无昏迷，大小便正常，言语清晰。检查：神志清楚，言语正常，右侧鼻唇沟浅，伸舌偏右，右上下肢完全瘫痪，曾患风湿性心脏病二尖瓣狭窄，施行过手术。诊断：脑栓塞。选区：左侧运动区，每日 1 次。疗效：头针 60 次后，患者右侧肢体恢复正常，右手握力 30kg，生活能自理。

(七)中风(脑栓塞)《头针》

李某，女，34 岁，农民。主因：右侧偏瘫 19d。病史：平时易头痛、恶心。1979 年 4 月 1 日晨起后叠被子时，突然感到脑子迷糊，约 20min 后完全昏迷，持续 1h 后清醒，发现右侧完全偏瘫。5 天后来运城。腰穿颅压 320mmH_2O，脑脊液色黄，镜检红细胞 785 个/mm^3，先后静脉点滴右旋糖酐-40(低分子右旋糖酐)17 次无改善，1979 年 4 月 19 日来头针所，接受针刺治疗。检查：神志清楚，言语正常，脑神经正常。右手伸屈正常，握力 1kg(左握力 34kg)，霍夫曼征阳性。右上肢抬高平剑突，右下肢完全瘫痪。肌张力增高，膝反射亢进，巴彬斯奇征阴性。右半身温痛及皮层感觉均正常。心律齐，心率 90/min，各瓣膜无杂音。肺清无啰音，血压 100/70mmHg。眼底：双侧视盘充血，边界模糊不清，呈放射状，左侧较著，高出视网膜 3～4D。静脉扩张纡曲，动脉尚正常，A ∶ V＝1 ∶ 2，未见动静脉交叉压迫征象，无出血及渗出，黄斑中心反射清晰可见。左侧颈动脉造影：颈内动脉、大脑中动脉、大脑前动脉显影良好。肌电图检查：用丹麦 4 导肌电图仪，选同芯针电板，时基 20ms，电压 500yv，分别测双侧屈指浅肌、三角肌、股内肌、胫前肌。导联左侧为①，

右侧为②。①双侧屈指运动点：双手用力屈时，左侧峰值高达 3 000Uv，右侧仅为 2 500Uv。②双侧三角肌运动点：双上肢外展时，左侧峰值达 3 200Uv，右侧峰值仅为 150Pv。③双侧股内肌运动点：双膝关节用力伸直时，左侧峰值 3 200yv，右侧无肌电发放。④双侧胫前肌：双脚用力背屈，左侧峰值高达 2 700yv，右侧无肌电发放。选区：左侧运动区上 3/5 及足运感区，每日 1 次。疗效观察：针 6 次后明显好转，右上肢抬高正常，右手握力 26kg，右下肢能活动在正常范围，能独步行走 4～5 步。针 15 次后，右手肌力恢复正常，握力 32kg。右下肢各关节均能活动，但踝关节及脚趾肌力仍差。肌电复查：(条件同上)右屈指浅肌运动点峰值高达 3 200Fv；右股内肌峰值达2 800Pv；右胫前肌峰值达 2 600yv(仅运动元少)。此时右侧视盘边缘清楚，左侧仍不清，高出 2D。腰穿颅压 230 mmH_2O，脑脊液无色透明，镜检无红细胞。蛋白 10mg/L。

十、王秀珍

(一)中风(脑出血)《刺血疗法》

王某，女，68 岁，农民。患者在家做家务时，突然昏倒，伴呕吐、大小便失禁、左半身瘫痪 46h，1976 年 6 月 12 日晚入院。既往有“高血压”及“脑出血”病史。检查：体温 37.5℃，血压 140/90mmHg，呈浅昏迷状态，双侧瞳孔 2mm，等大等圆，对光反射存在，右侧鼻唇沟变浅，口角向右歪斜。心肺正常，肝脾未扪及。左侧上下肢肌力 0°，生理反射消失，右侧上下肢生理反射存在，未引出病理反射。诊断：脑出血。治疗经过：入院后给予止血、降低颅压、控制感染等综合治疗。6 月 15 日患者清醒，遗有左侧肢体偏瘫。6 月 16 日请刺血科会诊治疗，针刺太阳、曲泽、阳交出血后，患者精神好转，饮食增加，左侧上下肢已能平行移动，肌力达 1°，疗效显著。6 月 18 日左侧肢体已能活动，左下肢可屈膝，左手可抬高至头。6 月 23 日又刺血治疗 1 次，肌力恢复到 5°弱，能下床活动。配合针灸治疗，于 6 月 3 日痊愈出院。

(二)中风(脑血栓形成)《刺血疗法》

孙某，男，51 岁，教师。右侧肢体偏瘫 4 个月，1981 年 7 月 23 日来刺血科门诊。患者既往有“高血压病”、“冠心病”史。今年 3 月份给学生上课时，突然感到右侧肢体麻木、失灵，遂住入河南省某医院。脑血流图检查提示左侧流入时间明显延长，双侧重搏波减弱。意见：双侧脑血管硬化，左侧血管弹性减弱。诊断为“脑血栓形成”。经对症治疗效果不显，转为刺血治疗。现症右侧肢体活动失灵，讲话时舌根转动不灵活，右手拇指内收，持物无力、精细动作差。测血压 120/90mmHg，诊断为脑血栓形成后遗症。治疗经过：取穴太阳(双)及曲泽、委中、中渚(患侧)，针刺出血后，逐渐感到下肢轻快，行走有力，右手可持重物。8 月 4 日及 22 日各刺血治疗 1 次，偏瘫纠正，肢体功能恢复正常，言语清楚，于当年 10 月份重返课堂授课。

(三)中风(脑血管栓塞)《刺血疗法》

王某，男，9岁，学生，1983年1月8日门诊。右侧肢体偏瘫伴言语不清1月余。1个多月前，患儿先出现头部及右半身疼痛，继则出现失语、右侧上下肢活动失灵。发病后10d住入省某医院神经科，检查：右侧上下肢肌张力增高，腱反射亢进。右上肢肌力0级，右下肢肌力1级。右上肢霍夫曼征(+)、右下肢巴彬斯奇征(+)。诊断为"脑血管栓塞"。给予丹参、泼尼松、维生素等药治疗后，症状有好转。能讲话但言语不清楚，舌根发硬，右腿跛行无力，右手拇指内收，不能持物。诊断：脑血管栓塞。治疗经过：针刺太阳、曲泽、解溪穴出血。1月28日复诊：讲话时舌根稍见灵活，发音较前清楚，走路稳一些。刺血太阳、冲阳、内关。3月3日3诊：病情又见减轻，讲话内容多些了，右手能持轻量物体。肌力达2级。刺血印堂、阳交、尺泽。3月31日4诊：走路比前有力，跛行减轻。刺血太阳、三阴交、中渚。刺血治疗4次后，跛行基本纠正，右手能拿轻物，言语清楚。

十一、蒋幼光

络脉空虚，风痰痹阻中风《古今针灸医案医话荟萃》

关某，男，65岁，农民，1975年2月18日初诊，自诉：5d前晨起自觉左侧上下肢无力，活动困难，以下肢为重，不能下地步行，坐位困难，左手不能握物，伴有头痛，便结。检查：神清，左侧鼻唇沟较对侧浅，舌正，左上肢肌张力增加，手握力较对侧差，肱二、三头肌反射正常，左侧霍夫曼征阳性，左侧膝反射亢进，左踝阵挛阳性，跟腱反射正常，巴宾斯基征阴性。脉虚弦，血压160/100mmHg，苔薄白。据此诊为中风偏瘫(中经)，属络脉空虚，风痰痹阻所致。治以疏风通络。取内关(双)，扶突、臂中、合谷、秩边、三阴交(均左侧)。针刺感觉传导至瘫痪肢体，刺激要强才能取得较好的效果。具体穴位针刺情况如下：扶突，直刺约1寸左右，闪电麻感由肩、上臂、前臂传至手拇、食指尖。本穴除治疗上肢瘫痪外，尚可治疗项、肩、臂之麻木或疼痛等症。臂中，在掌心向上，前臂肘横纹与腕横纹中点，针刺时针尖方向偏于中线尺侧，针7分～1寸，使触电麻感传向手拇、食、中、无名指。本穴尚可治疗前臂及手指关节痛、手麻等症。合谷：针刺后先使针感麻胀传至拇、食二指，再将针尖向后溪穴处刺入，使针感传至中、无名及小指，刺入约2寸。本穴尚可用于类风湿关节炎之手关节肿胀、疼痛等手麻等症。秩边：直刺3～3.5寸，触电麻感自臀部、大腿、小腿至足跟、足趾。本穴尚可用于下肢麻木疼痛，下肢发凉等症。三阴交：针1寸左右，闪电麻感传向足跟、足趾。本穴尚可用于癔症性瘫痪，踝关节痛，足麻，足冷，失眠。内关：针2分左右，麻电感传至指尖，在此用以清心安神。



十二、贺普仁

(一)气虚血少,经脉失养中风后遗症《针具针法》

胡某,女,56岁。左手指屈伸不利3年。3年前因高血压脑病(血压170/110mmHg),致左侧肢体半身不遂,经针灸、中药治疗,肢体活动已正常,血压亦平稳,唯左手指屈曲不能伸直,久治不愈,影响生活、劳动。饮食尚可,便调,面黄,声息正常,舌苔白、脉细弦。诊为中风后遗症,气虚血少,经脉失养。治则温通经脉。取八邪、阿是穴,用中等火针速刺法治疗。针后屈曲手指当即得舒,并可握拳。2次后手指伸屈灵活。6次后已伸屈自如,胜任家务劳动。

(二)气虚血少,不能荣筋型中风(脑血栓后遗症)《针具针法》

白某,女,42岁。2年前突发左侧肢体活动不利,手不能握,行走不便,经某医院CT检查,诊断为"脑血栓"。经治肢体活动恢复正常,但左大腿后侧发凉感觉始终未除,面黄,声息、食欲、二便正常,血压170/110mmHg,舌苔白,脉沉细。诊断为中风后遗症,气虚血少,不能荣筋。治以温通经脉,取局部阿是穴,用中等火针速刺法。2次即明显好转,20余次发凉感消失,痊愈。

(三)形盛气虚,不帅血行型中风《针具针法》

苏某,男,61岁。左半身不遂4年,左侧上、下肢肿胀明显,经中西医治疗效果不显。食可,便秘,尿频数,体胖,面黄,苔白厚,脉沉弦。辨证为形盛气虚,不能帅血运行。治以温通经络,行气活血。取八邪、阿是穴、患侧三阴交穴,用中等火针速刺法,刺后从针孔流出液体,肿胀减轻。3次后,左手肿胀消失,恢复正常。加针1次,巩固疗效。

【导读】

中风是以猝然昏仆,不省人事,半身不遂,口眼歪斜,语言不利为主症的病证。亦可无昏仆而仅见半身不遂及口眼歪斜等症状。因其发病突然,亦称之为"卒中"。现代医学中的急性脑血管疾病包括脑血栓形成、腔隙性脑梗死、脑出血、短暂性脑缺血发作、蛛网膜下腔出血等均属于本病范畴。《黄帝内经》中没有中风的病名,但有关中风的论述较详。在病名方面,卒中昏迷期间称为仆击、大厥、薄厥;半身不遂者则称偏枯、偏风、身偏不用等,认为感受外邪,烦躁暴怒,肥胖,恣食膏粱厚味可以诱发本病。东汉张仲景认为"络脉空虚",风邪入中是本病发生的主因,并以邪中深浅、病情轻重而分为中经中络、中脏中腑。在治疗上,主要以疏风散邪,扶助正气为法。唐宋以后,特别是金元时期,突出以"内风"立论,如张元素认为病因是热,刘河间则主"心火暴盛"学说,李东垣认为属"正气自虚",朱丹溪主张"湿痰生热",元代王履提出"真中"、"类中"病名。其后,明代张景岳认为本病与外风无关,而倡导"非风"之说,并提出"内伤积损"的论点,同代医家李中梓将中风中脏腑明确分为闭、脱二证。清代叶天士始明确以"内风"立论,《临证指南医案·中风》阐明了"精血衰



耗，水不涵木，肝阳偏亢，内风时起”的发病机制，王清任指出：中风半身不遂，偏身麻木是“气虚血瘀”所致，近代医家张伯龙、张山雷等总结前人经验，进一步探讨病机，认识到本病的发生主要在于肝阳化风，气血并逆，直冲犯脑，对中风的病因病机和治法认识渐趋深化。

针灸治疗中风早在《黄帝内经》中即有记载，《针灸甲乙经》、《备急千金要方》、《千金翼方》、《针灸资生经》、《针灸大成》等著作对中风提出了不少有价值的针灸治疗方法和针灸处方。近几十年来特别是中风后遗症的治疗，有针刺、艾灸、头针、耳针、水针、微波照射等疗法，均具有一定作用。若多种疗法配合交替使用，可以提高疗效。

本节所选医案的主治医家均认为中风多是在内伤积损的基础上，复因劳逸失度、情志不遂、饮酒饱食或外邪侵袭等触发，引起脏腑阴阳失调，血随气逆，肝阳暴张，内风旋动，夹痰夹火，横窜经脉，蒙蔽神窍，从而发生猝然昏仆、半身不遂等症。中经络以平肝熄风、化痰祛瘀通络为主。中脏腑闭证，治当熄风清火，豁痰开窍，通腑泄热；脱证急宜救阴回阳固脱；对内闭外脱之证，则须醒神开窍与扶正固脱兼用。恢复期及后遗症期，多为虚实兼夹，当扶正祛邪，标本兼顾，平肝熄风，化痰祛瘀与滋养肝肾，益气养血并用。

于书庄医案：于氏多年来致力于针灸治疗中风的研究，认为脑血管疾病属于中风范畴，是在平素肝肾阴虚或气血亏虚基础上，加之“火”、“虚”等诱因而发病。“火”指火盛，因火盛伤阴，血液黏稠，血流郁滞，故而形成血栓。火盛迫血妄行，故而引起出血，动属阳，故动中发病和舌质红是判断火证（实火、虚火）的依据；“虚”，指气虚，因气虚推动血液运行无力，血流缓慢，故而多在休息（睡眠）时形成血栓。气虚则血失固摄，故而引起出血，静属阴，静中发病和舌质淡是判断气虚证的依据。“火”与“虚”二者引发之病皆形成血瘀，出现由于血瘀痹阻经脉，而致的肢体运动功能、感觉功能、语言的障碍等症状。所治病例①患者平素血压不高，于休息时发病，病后精神不振，语声低怯，舌胖淡，苔白厚，虽脉象滑而略弦。病例②于清晨出现语言謇涩、舌强。病例③于清晨 3:00 时睡醒后，发现左半身软弱无力，左面部麻木，舌体胖大、苔白滑，脉沉弦而细。上述 3 例患者，临床症状各不相同，但皆属气虚络阻型中风，判断依据是：①安静时发病（睡眠时或晨起时发病）；②舌质淡，苔薄白。其他如面黄、神疲、气短乏力、大便无力、脉沉细等，虽也是气虚的体征，但不如上述二者更客观。因此，治疗本病应以益气活血、化瘀通络为根本大法。由于瘀阻的部位不同，损伤的经络各异，故而在治疗时应辨别证属何经，选经取穴，进行治疗。病例④患者工作中突然发病，舌质红，面红，脉沉滑数故辨证为阴虚阳亢，血瘀络阻型中风，西医诊断为脑血栓后遗症，高血压Ⅲ期，假性球麻痹。治疗宜补阴泻阳，化瘀通络，针刺取穴手足十二针：曲池、内关、合谷、阳陵、足三里、三阴交均取双侧，进针得气后，寻找较强的酸胀感，配合使用患侧肢体相应腧穴治疗病情逐渐好转。

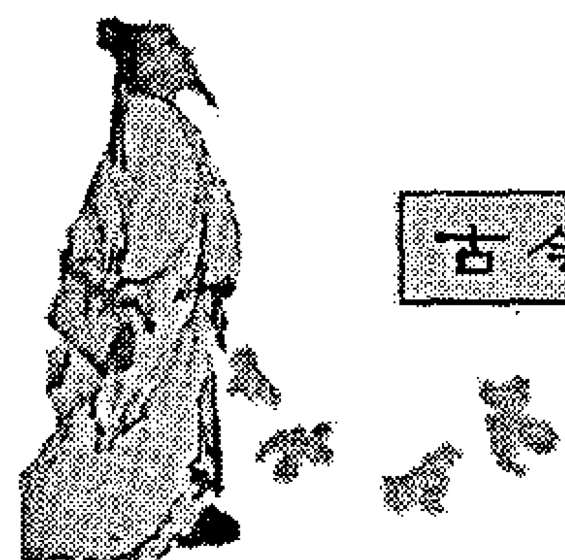


郑魁山医案：郑氏认为脑出血、脑血栓形成、脑栓塞属于中医学的中风、卒中、大厥、偏枯范畴。多因气血亏损、心、肝、肾三脏阴阳失调所致。常以情绪激动、饮食失节、饮酒、劳累为其诱因；临床以实证、热证较多，多因痰浊、瘀血、气火瘀阻经络，蒙蔽清窍所致。所治病例①辨证为痰火内发，阻塞孔窍型中风，西医诊断为脑出血后遗症。病例②辨证为痰湿内停，经隧阻塞型中风，西医诊断为脑血管意外并发假性球麻痹。病例③辨证为肝风内动、气血上逆型中风，西医诊断为高血压，脑出血。病例④辨证为肝阳上亢，痰阻隧道型中风，西医诊断为脑血栓形后遗症。病例⑤辨证为肝风痰浊，蒙蔽清窍型中风。病例⑥辨证为血瘀经络型中风，西医诊断为脑血栓形成。针对实证热证郑氏多用镇肝清火，熄风潜阳，祛风化痰，活血化瘀，醒神开窍，疏通经络之法治之，针刺用透天凉泻法或平补平泻，有些还配十二井点刺，放血加强泄热作用，在针对患者神昏症状多用人中、十二井启闭开窍醒神；在肢体功能恢复方面主要选用患侧肢体相应腧穴活血疏筋络；在恢复语言功能方面多用金津、玉液、廉泉、天突等穴通经复语，在针对病因治疗方面多用风池、风府、曲池、合谷、丰隆、行间、外关平肝熄风，豁痰降逆。

魏稼医案：魏氏认为临床如何最大限度地优选应用各种治疗方法，充分发挥其互补作用，是提高疗效的重要途径。在中风的治疗中魏氏提出疗法互补观念，着眼于提高疗效。所治病例①辨证为肝阳偏亢，瘀阻经络型中风，西医诊断为脑出血后遗症，先用头针收效甚微，乃师古法加用张洁古"大接经法"取十二井穴各出血少许取效，提示中风治疗，将头穴与肢体穴、毫针与三棱针结合应用，疗效更佳。病例②辨证为肝肾阴亏，筋脉失养型中风，前医已用体针结合刺络放血少效，魏氏改用头针加体针透刺法治之。百会透左天冲，后顶透左浮白，前顶透左颔厌，风池透左完骨，认为头针取穴邻近病变部位，具有较好的活血化瘀功效；体针选用手足三阳经的要穴，目的在于加强疏通经络，调和气血的作用，促进康复。病例③辨证为瘀阻经络，筋脉失养型中风，按大接经法取十二井穴各出血少效，乃师今人用头针治中风之意，加刺曲鬓透悬厘、承光透角孙、百会透浮白等，用较强刺激，魏氏认为现代头针治中风有效，但可不必按其头穴定位取穴，只须用头部固有的督脉、少阳、太阳、阳明诸经穴位透刺，疗效亦佳。

杨永璇医案：杨氏认为类中风之证有闭证、脱证的区别，闭证属实，脱证属虚；又有中脏腑、中经络的不同，中脏腑为重，中经络为轻。中风症状病情错综复杂，在诊疗时要细心详察主次兼夹，才能辨证精确，施治恰当，疗效迅速。所治病例辨证为肝风内扰，逼血上郁型中风，西医诊断为脑血管意外昏迷。患者风中脏腑，闭脱参见，症情较重，治疗棘手。杨氏先予水沟、太冲泻法，印堂、十宣、中冲、隐白、大敦、至阴均刺出血，开窍宁神治之，接用舒筋活络之法促进肢体、语言的功能恢复，最后再予巩固治疗而取效，整个治疗过程体现出步步为营，稳扎稳打的战略战术。

张涛清医案：张氏认为针灸治疗脑血管意外在急性期可以抢救患者生命，恢复



期可使患者手足灵便，自立生活，越早治疗，效果越好，见效越速。中风有中经络和中脏腑的不同，中脏腑治以熄风泻火，豁痰开窍。所治病例①、②辨证均为中脏腑型中风，西医诊断为脑出血，张氏以委中配曲泽、十二井穴放血熄风泻火开窍，刺风池、太冲、人中以救急。待神志清醒后再应用患侧肢体等部位腧穴调治半身不遂，语言不利等证。

陈全新医案：素有肝阳偏亢，加之嗜酒，耗损阴精，辨证为肝阳上亢、痰火扰心型中风，西医诊断为多发性脑梗死，高血压病。患者除有言语不利，右上、下肢乏力外，每次与人交谈则大笑不休，辨证分析为肝阳化火扰心，神魂失守，故嘻笑不休。根据"心气有余则喜"，故先泻心火，取少冲放血以泻心火，并以太冲、三阴交平肝潜阳，滋肾育阴。而当心火消肝阳平后，病机转为气血亏虚，经脉不通，突出表现为肢体不用，针刺治疗则转为以选取阳明经穴为主，调补气血通络，并配合肢体功能锻炼。

邱茂良医案：邱氏认为对中风卒中期的抢救，后遗症瘫痪的治疗各地报道甚多，疗效肯定，但恢复期的治疗注意较少。中风恢复期实际是急性期与后遗症期之间的一个过渡期，此时病情较急性期有所缓和，但从急性期遗留下来的肝风、痰火、瘀滞等病理因素并未完全消失，邪实正虚，邪正纷争成为主要矛盾。应切实抓好恢复期的治疗，针灸在此时显得极为重要。邱氏主张恢复期在清理余邪，调补正气的同时必须兼顾肢体瘫痪，才能取得满意疗效。所治病例①辨证为肝肾阴虚，风阳未靖型中风，西医诊断为脑出血，患者经西医抢救治疗现神志仍呈朦胧状态，邱氏认为此为中脏腑闭证，中风恢复期，属肝肾阴虚，风阳内动之证，应抓住病情恢复的黄金时机早期治疗，故从平潜肝阳入手，促进意识清醒，偏瘫恢复。病例②患者素为痰浊壅盛之体，久蕴必从火化。借酒力升腾，引动肝风，而跌仆偏枯。辨证为痰湿内盛，蒙闭清窍型中风，西医诊断为脑血栓形成，根据《行针指要歌》"或针痰，先针中脘三里间"，"痰多须向丰隆泻"之言，针灸先用中脘、足三里、丰隆等古来化痰经验穴化痰清神，本病治疗及时，祛痰则阴霾自散，而阳气渐通，瘫痪乃复。邱氏认为气血不足是偏瘫的常见病机，金元时代朱丹溪指出血虚是造成偏瘫的病因之一。高鼓峰则明确提出，气血不足，血不养筋，则肢体偏枯，主张调补气血以治偏瘫。《医林改错》于化瘀通络之药中重用补气之品黄芪，投之以"补阳还五汤"治疗偏瘫，因其疗效较好，今人亦多效用。病例③辨证为气血两虚，经络失荣型中风，西医诊断为脑出血，邱氏从调理心脾入手，取心俞、脾俞、中脘、气海、关元、足三里、三阴交、通里、神门等穴针用补法，中脘、气海、关元等针后加灸。待气血得复，方疏四末诸经，诸经受血，其应必速，故肢体功能活动逐渐恢复。病例④辨证为风阳内盛，痰浊内阻型中风，西医诊断为左侧内囊出血后遗症。邱氏认为针灸治疗假性球麻痹与偏瘫具有相辅相成的作用，一般采用前后配穴方法治疗，前取廉泉，鸡足刺，以加强疗效，后用风府、天柱。天柱用长针向舌根方向刺入，使产生直抵咽喉的胀痛感



或麻感，风府向舌根方向直刺，针后可明显地改善舌根的灵活度，发音质量也会明显改善。同时，这些穴位对脑血管具有较直接的调节作用，对瘫痪的恢复，有较为明显的帮助作用。病例⑤辨证为中风，西医诊断为高血压，脑出血后遗症，经针灸治疗后语言清楚，已能行走，生活自理，血压平稳，临床痊愈出院。邱氏对恢复期的病例研究观察，取其血液流变学、脑血流图及血脂指标进行针灸前后的比较，试图通过研究观察针灸治疗中风病的机制，治疗中发现针灸降低了血粘度，并对血脂成分也有一定的调节作用，提高了高密度脂蛋白含量，降低了脑血管的紧张性，各种指标均显示针灸对中风的恢复，提供了一种良性的内环境，是治疗中风，促进偏瘫恢复的一种良性调节手段。

田从豁医案：辨证为气虚血瘀型中风，西医诊断为再发脑梗死急性期，高血压病Ⅲ期，冠心病，患者病症较轻，属中风中经络型。由于气虚推动无力，瘀血阻络致脉道不利，故而见麻木无力，胸闷痛等症，病理以瘀血为标，气虚为本，行走偏斜是阴跷和阳跷脉失调所致。阴跷脉起于照海，阳跷脉起于申脉，因此针灸治疗原则是益气活血，调理阴阳跷脉。选用气海、中脘、足三里、三阴交补益脾胃后天之本；选用心俞、膈俞、脾俞、胃俞、肾俞兼顾神明之主心及先天之本。同时还有患侧曲池、内关、合谷、照海、申脉肢体强壮穴通经活络行气。后加百会、四神聪升提清阳、安神定志。瘀血去后，气虚之象即显，又加梅花针叩刺督脉，针华佗夹脊。督脉总统一身之阳，故可振奋补益阳气，达到扶正之意而收效。

焦顺发医案：焦氏应用头针治疗脑血管、神经系统疾病有较丰富的临床经验，认为头针治疗脑血管疾病已有多年历史，从1970年头针开始运用到临床时，即用于治疗脑血管疾病。至今已成治疗脑血管疾病的常用方法，治疗时可选取体征对侧运动区、感觉区、足运感区等。对于中风急性期、后遗症期均采用头部运动区上3/5及足运感区进行头针治疗，取得较好的疗效。焦氏认为脑血管疾病一经确诊，待病情稳定后，应早期治疗，因疗效与治疗时机有明显关系，早期治疗者效果较好，特别是脑血栓形成的患者接受头针治疗越早，效果越好，治愈率就越高。焦氏认为在发病2～12h内实行头针治疗，可取得满意疗效。因为脑血栓形成后，脑血管周围的细胞处于缺血和缺氧状态，使脑组织出现功能障碍，而在血栓形成的初期，脑组织尚未坏死，细胞的活性处于可逆状态，这时予以针刺头部运动区，则能使病变周围的脑血管扩张，加速侧支循环的建立，改善脑细胞的营养状态，促进脑组织的功能恢复，是疗效显著的原因。临床治疗中发现脑血栓的部位和疗效有一定关系，大脑中动脉和前动脉的分支血栓形成疗效较好，深支或大动脉干血栓形成疗效较差。有些病例的前驱症状持续时间较长，如能早期发现，及时治疗，可能对预防疾病的恶化有一定作用。如为脑出血的患者待昏迷清醒、病情稳定后，也可开始头针治疗。头针对脑出血的疗效是肯定的。对恢复期和后遗症患者，大约20%患者的体征和症状消失，完全恢复正常；30%患者，可有显著疗效。



王秀珍医案：王氏认为脑血管意外主要表现为偏瘫、失语等，甚则神志昏迷，其根本原因是脑部血氧供应障碍，神经功能失调所致。属于中医学“中风”、“中血脉”等范畴，《灵枢·刺节真邪》曰：“营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯”。外邪乘虚而入，气血紊乱，脉络瘀滞，形成半身不遂。因此“血瘀”是“中风”的本质。可根据病情选择太阳、曲泽、委中、中渚（患侧）、阳交、解溪、冲阳、内关、印堂、尺泽、三阴交出血，刺血治疗脑血管疾病，起到疏通脑脉，畅达气血的作用，从而减轻症状，促使肢体功能恢复。脑血管疾病引起的肢体残废率颇高，宜早期及时刺血治疗，如病程拖长，偏瘫肢体关节挛缩变形，则难以纠正。

蒋幼光医案：辨证为络脉空虚，风痰痹阻中风，属于后遗症期，蒋氏取穴扶突针刺，闪电麻感由肩、上臂、前臂传至手拇、食指尖；臂中针刺时针尖方向偏于中线尺侧，使触电麻感传向手拇、食、中、无名指；合谷针刺后先使针感麻胀传至拇、食二指，再将针尖向后溪穴处刺入，使针感传至中、无名及小指；秩边针刺触电麻感自臀部、大腿、小腿至足跟、足趾。三阴交针刺闪电麻感传向足跟、足趾。内关针刺麻电感传至指尖。蒋氏治疗偏瘫强调针刺感觉传导应至瘫痪肢体，刺激要强才能取得较好效果。

贺普仁医案：贺氏指出中风证为传统中医临床四大难病之一，其中肢体拘挛的硬瘫、皮层性的手足肿胀、感觉异常的麻木冷痛等，治疗更为艰难。而用火针点刺，往往可以收到满意效果。所治病例①采用八邪、阿是穴，用中等火针速刺法治疗。病例②辨证为气虚血少，不能荣筋型中风，西医诊断为脑血栓后遗症，取局部阿是穴，用中等火针速刺法。病例③辨证为形盛气虚，不帅血行型中风，取八邪、阿是穴、患侧三阴交穴，用中等火针速刺法，刺后从针孔流出液体，均取得较好疗效。贺氏认为治疗中风后遗症可单用火针。目前有关火针治疗中风后遗症的文献报道较少，贺氏经验值得推广。

第二十六节　颤　　证

一、陈全新

肝肾阴虚型颤证（帕金森病）《陈全新针灸经验集》

患者，男，58岁。曾在某院住院诊治，确诊为帕金森病，给苯海索、金刚烷胺治疗疗效不显，生活基本不能自理。1991年来我院针灸治疗。检查：神清，表情呆滞，面具脸，颈项部活动欠利，双手震颤，步履不稳，上下肢协同动作少，饮食尚可，口不干，大便调，小便余沥不尽，舌黯红，苔薄白，脉沉细。辨证：患者长期从事脑力工作，思虑过度，伤及心脾。气血失养，致血虚生风，肝风内动，故四肢活动欠利，颤抖为甚。诊断：中医为颤证（肝肾阴虚），西医为帕金森病。治法：补益肝肾、养阴熄



风。选用穴位：舞蹈震颤区、百会、风池、本神、肝俞、肾俞、太冲、合谷为主。针用平补平泻。耳穴选肝、肾、脾、神门、心、内分泌点，交替用磁珠贴压。辨证选穴：颤抖较甚时选用大椎、少海、后溪；僵直较甚时选用大包与期门温和灸，配合刺血法；汗多选用肺俞、脾俞；胃脘腹部胀满选用梁门、中脘、气海；便秘用天枢、气海；口干舌麻用承浆、廉泉、复溜。头针操作：用1寸毫针，进针时针身与头皮呈30°角，过皮后调至15°角，在帽状腱膜下将针身进到2/3后，快速平稳地捻针，达每秒2～3次，使局部有热、麻、重压感，隔5～10min行针1次。或配合电针，留针30～40min，隔日治1次。经60次治疗患者震颤症状基本控制，为巩固疗效，患者不定期做耳穴贴压。随访2年，震颤症状未见反复及加重、生活可自理。

二、杨甲三

肝肾阴亏，风阳妄动型颤证（帕金森病）《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

潘某，女，62岁，1990年4月20日初诊。患者缘"双下肢震颤6～7年"就诊。经西医诊治，诊断为"帕金森病"，予手术治疗及西药治疗，症状无缓解。患者双下肢震颤呈间歇性发作，发无定时，每日2～3次，每次持续2h左右，面赤，表情呆滞，反应迟钝，语声低微。舌质嫩红，舌苔厚，脉细滑。辨证：肝肾阴亏，风阳妄动，二跷失常。治法：滋水涵木，熄风潜阳，通调二跷。针灸处方：列缺、照海、申脉、后溪、风池、风府、百会、四神聪、神庭、本神、足三里、肝俞、脾俞、肾俞。风池、风府泻法，余穴施补法。留针30min，隔日1次。1990年5月4日2诊，患者诉经过针灸治疗后，震颤发作逐渐减少。1990年5月18日3诊，患者共治疗12次，因其在京期限已满而终止治疗。患者诉病情大减，每日发作1次，发作时间为30min左右。嘱其回原籍后继续求治，以巩固疗效，控制病情发展。

三、朱汝功

肝肾阴亏，筋脉失养型颤证（帕金森病）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

夏某，男，52岁，干部，1974年12月24日初诊。两手震颤不能持物，右手较左手严重，病已6年。1968年下半年开始，右手发现轻微震颤，1970年症状加重，1971年起右手不能吃饭、写字，同时出现胸闷。1972年左手亦出现以上症状。1973年至今两手震颤时刻不停，入睡后才能消失。曾到杭州市某医院住院诊疗，诊断为"帕金森病"，用针灸治疗100多次未效，又用中药及针灸并始，胸闷稍减，但两手震颤仍未好转。1974年11月至上海市某医院检查，诊断同上，因无特殊治法，前来我院针灸科治疗。诊得两手震颤不停，右手更甚，面色晦黯无华，双目模糊，时感胸宇闷胀，脉细弦，舌苔白腻。此乃营阴不足，肝肾俱亏，内风震动所致，拟先头针治疗，以观察之。处方：取头针穴舞蹈震颤区、视区、胸腔区。手法：捻转后



留针，通电 20min。12 月 26 日 2 诊。上次针后，右上肢震颤立即停止，起针后，隔 2h 左右震颤又起，昨天(25 日)下午又停 1h 左右，再守上法加耳针。处方：取头针穴同上。捻转后留针，通电 20min；取耳针穴：脑点、神门、枕点，用揿针埋入耳内。12 月 28 日 3 诊，用上法治疗后，右手震颤较好转，在震颤时，用手按压耳部埋针处，震颤即刻停止，仍宗上法出入。处方：取头针穴舞蹈震颤区、胸腔区、运动区、视区留针，通电 20min；取耳针穴及治法均同前。12 月 30 日 4 诊，左上肢昨天开始又震颤，按耳部埋针穴也不停止。处方：取头针穴及治法均同前；取耳针穴脑干、交感、心点，用揿针埋入耳内。1975 年 1 月 3 日 5 诊，症情进展不大，再从上方加用督脉、膀胱、胆三经体穴，并用银温针以加强疗效。处方：银温针穴风府、天柱(双)、风池(双)、每穴烧艾 7 壮；针刺穴：百会、后顶、强间、玉枕(双)、大杼(双)，捻转得气为度，留针 20min，中间再加强针感，捻转 1 次；耳穴皮质下、肾点、神门，用揿针埋入耳内。1 月 5 日 6 诊，上诊针百会、后顶、强间后，右手震颤立刻停止，隔 4～5h 又发，以手按耳针后震颤停止，相隔时间较长，再守上法投治。1 月 21 日 14 诊，用上法治疗后，右手震颤逐渐减轻，开始时每天震颤 1～2 次，治疗 7 次后，两手基本不震，脉弦转软，苔腻渐化。症情稳定，已能右手挟菜进口，续守原方。处方：银温针穴风府、天柱(双)、风池(双)，每穴烧艾 5 壮；针刺穴百会、后顶、强间、脑户、玉枕(双)、大杼(双)，手法同前；耳针穴心点、交感、脑干埋针。3 月 21 日 15 诊，第 1 疗程治疗 14 次后，震颤基本控制，患者回家 2 个月过春节。在回乡期间症情稳定，仅劳累后有轻微震颤，每日 3～5 次，片刻即止。胃纳良好，精神振奋，来沪继续治疗，再守上法。4 月 1 日 20 诊，右上肢震颤已止，再守原法，隔日 1 次，以图巩固。共治 28 次，症情稳定，震颤不再发生，停止治疗。

四、张涛清

(一)肝气不舒兼肝风内动型颤证(舞蹈病)《张涛清针灸治验选》

朱某，男，52 岁，军人，1977 年 7 月 11 日初诊。自诉：1972 年 7 月发现右侧上下肢有不规则和不自主的抽动，致使右手不能握笔写字，亦不能持筷吃饭。如此持续 2～3 周后自止。近月来，病情复发如前状，心情不适，烦躁不安。经某医院检查，诊断为"舞蹈病"。因治疗无效，遂来我院要求针灸治疗。检查：右侧上下肢有不规则及不自主的抽动，头部亦有摇动，右手不能握笔写字，舌红无苔，脉弦紧。诊断为舞蹈病，辨为肝气不舒，兼肝风内动证。治宜疏肝活血，通经活络。取穴：风池、风府、肩井，肩髃、曲池、外关、风市、阳陵泉、足三里，昆仑。方法：除风府外，其余各穴均取患侧，用平补平泻不留针手法，隔日 1 次。针治 2 次后头摇及上下肢抽动缓解。又如前法针治 2 次后，诸症消失而告病痊愈，随访 6 个月，疗效巩固。

(二)外感风寒兼肝风内动型颤证(舞蹈病)《张涛清针灸治验选》

陈某，女，18 岁，1958 年 4 月 1 日初诊。自诉：今年 2 月，因受凉引起周身不

适，1 周后出现头痛，同时伴有右侧上下肢酸软、抽动、颤抖等症，尤以右手不自主的颤动为明显。致使右手不能写字持筷端碗。经中西医治疗无效，遂于 4 月 1 日来我院就诊，要求针灸治疗。检查：患者不时挤眉努嘴，两侧手足不自觉乱动，舌苔薄白，脉浮缓。诊断为舞蹈病，辨为外感风寒兼肝风内动证。治宜疏风散寒，通经活络。取穴如上，加百会穴。手法如前。连续针治 5 次，挤眉努嘴、上下肢不随意动作次数减少。继续坚持治疗 4 次后，诸症消失，即获痊愈。6 个月后随访，疗效巩固，病未复发。

五、孙申田

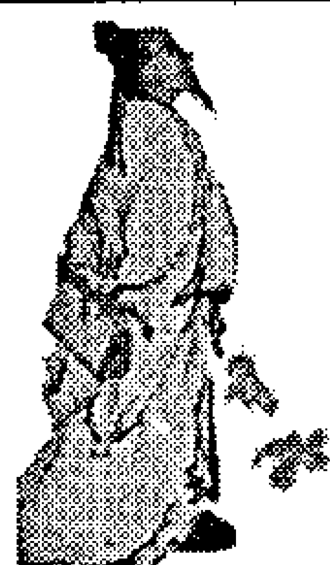
血虚风动型颤证（舞蹈症）《中国当代针灸名家医案》

王某，女，64 岁，1989 年 6 月 32 日初诊。主诉：左足不自主颤动，左下肢跳动已达 6 个月。病史：患者于 6 个月前出现左足不自主颤动，甚则左下肢跳动，走路时因足腿颤动不时跌倒，致使患者不敢活动，休息时足颤不止。受惊、紧张后足颤加重，有时因足不自主跳动而在睡眠中惊醒，曾在几家医院就诊，诊断不一，治疗无效，而来我院治疗。4 年前曾患腰间盘脱出。检查：神疲，形体消瘦。神经系统检查无异常，头部 CT 正常。舌质淡红，苔薄白，脉弦细。诊断为足颤（舞蹈症），血虚风动型。治疗：养血熄风。取穴：膈俞、脾俞、关元、足三里、风市、太冲。配穴：头针：右运动区上 1/3，双舞蹈震颤区。操作：膈俞、关元、足三里均用提插捻转补法。风市、太冲二穴用泻法。头针用强快速捻转法。治疗 1 次足颤立止，行针过程中未发生足颤。3d 后复诊仍未发作。复针 1 次，选穴手法同前，现已 3 个月，未再复发。病者谓："真乃神针也"。

六、张家维

风邪袭络型颤证（小儿舞蹈病）《中国当代针灸名家医案》

麦某，男，9 岁，1979 年 8 月 16 日初诊。主诉：双膝、踝关节游走疼痛，手足不自主运动已 15d。病史：患儿于 2 周前因受风吹雨淋，次日即患感冒高热，咽痛，双膝踝关节疼痛，到某医院急诊，服药后，热退身凉，膝踝关节疼痛亦减轻，2 周后，出现双手足不自主随意运动，甚则挤眉努嘴，摇头晃脑，走路时左右摇摆，不能自觉前行，意识无法控制，言语不清。服中西药疗效不显，由儿童医院介绍来针灸治疗。现症：双手足不自主随意运动，甚则挤眉努嘴、摇头晃脑，走路时左右摇摆，不能自觉前行，意识无法控制，言语不清。检查：患儿不时挤眉、努嘴、弄舌，四肢无意识地运动，对答尚可，但发音不清，舌质淡红，苔薄白，脉细数。体温 37℃，脉搏 82/min，心律不齐，抗链"O"强（+），血沉 30mm/h。诊断：振掉证（小儿舞蹈病），风邪袭络型。治疗：疏风通络，平肝熄风。取穴：风池、太冲、大椎、曲池、足三里、百会、廉泉。配穴：内关、阳陵泉、血海、神庭。操作：主、配穴每次选取其中 5～6 个，交替使用，



行捻转泻法，留针 15min。经过上述方法治疗 3 次后，症状减轻，治疗 8 次后症状消失，化验室检查均正常。3 年后随访，未再复发。

七、郭明义

肝风型颤证（功能性失调）《中国当代针灸名家医案》

杨某，男，45 岁，摄影师，1974 年 11 月 12 日初诊。主诉：全身性震颤已 2 周。病史：患者去沈阳拍电影，连续几夜工作，过度疲劳，当日昏迷。苏醒后出现全身震颤，言语困难。去医院就诊认为神经官能症。给服镇静药物无效。回到长春后去某医院神经科诊断为功能性失调。做几次电兴奋与口服坦啶及各种镇静药物，仍全身震颤，不能走路，手不能持物，眼球闪动，视物不清，言语不流利，不寐，心悸，头昏，头痛，喜卧，纳呆，大便和，尿黄，而来针灸治疗。检查：精神忧郁，颜面枯黄而无光泽。舌苔白腻，脉象细弦。眼球如闪电转动，卧时震颤稍缓解，坐或站立全身震颤加剧，自己不能控制，言语不流利。诊断：震颤（功能性失调），肝风型。治疗：镇静安神，宁心熄风。取穴：四神聪、安眠（双）、太阳（双）、印堂、巨阙、间使（双）、合谷（双）、大椎、足三里（双）、阳陵泉（双）、三阴交（双）、太冲（双）、肝俞（双）；配合耳针：神门、心、肝、皮质下。操作：以先补后泻（即阳中隐阴），留针 30min，中间行针 2 次。第 1 个疗程针后，该患者症状稍有稳定，中间没有休息，又继续针第 2 疗程，该患者能进入睡眠，身震颤尚发作，有时中间可以停止短暂时间。在治疗中间没服镇静安眠药物。后期按隔日针刺 1 次方法，共进针 3 个月而痊愈。经过 6 个月追访未复发。

八、黄莱活

阳气亏虚，肝脾不足型颤证《中国当代针灸名家医案》

周某，男，54 岁，1988 年 12 月 2 日初诊。主诉：四肢发抖 1 年余。病史：1987 年 1 月患重感冒，经服药、打针后感冒已愈。不久突然发现两手微微发抖，未予介意。以后逐渐加剧，而致四肢颤抖，经几家医院诊治，均无效果。现症手不能持物，震颤不已，四肢虽发抖，但不影响行走及运动。自觉心悸失眠，头晕目眩，自汗。检查：四肢震颤，不能自理，尤以手为甚，不能持物，但肌肉未见萎缩，步态正常，无关节变形，甲状腺不肿大。四肢痛觉、温觉正常，四肢生理反射存在，病理反射未引出。舌质淡，脉弱缓。诊断：震颤，阳气亏虚，肝脾不足型。治疗：壮阳补血，滋补肝肾。取穴：①组为四神聪、曲池、合谷、足三里。②组为风池、大椎、内关。操作：以上两组穴位交替使用，均用补法。每日针刺 1 次，每次留针 15min。针刺 13 次后，自觉震颤较前明显好转，手已能拿东西。效不更方，继用上穴，针刺 30 次后，震颤停止，纳佳神旺。但仍觉头晕，心悸，此乃久病损伤人体正气之故，故只取足三里、合谷、肾俞三穴，针刺 8 次而获痊愈。



九、焦顺发

(一)肝肾亏虚,血不荣筋型颤证(帕金森病)《中国当代针灸名家医案》

姚某,男,70岁,农民,1971年2月8日初诊。主诉:四肢震颤8年。病史:患者1963年夏,无明显诱因,出现右侧肢体震颤,逐渐加重,腰伸不直,1年后行走困难,生活不能自理。先后在多家医院诊治,疗效不显,故求治于余。检查:神志清楚,四肢震颤,右侧较明显,右手因震颤不能持物。自己不能独步行走及站立。肌张力齿轮样增高,腱反射亢进。诊断:震颤(帕金森病),肝肾亏虚,血不荣筋型,治疗:滋补肝肾,养血柔筋。取穴:左侧舞蹈控制区。操作:用头针针法,每日1次,用中强刺激手法。针刺4次后,震颤减轻,右下肢力量增强,自己能伸直腰独步行走,右手能持筷子吃饭。治愈后随访6个月,患者能独步行走4km。

(二)颤证(风湿性舞蹈病)《中国当代针灸名家医案》

文某,女,16岁,1971年4月5日初诊。主诉:四肢不自主抽动40d。病史:1971年2月22日在田间劳动时,发现手不断地伸直而且向外展,当时家长发现后,认为是因参加文艺队练基本功所致,未引起注意。但病情逐渐加重,四肢不自主地乱动,不能站立行走,生活不能自理。检查:神志清楚,眼睑不自主跳动,四肢不自主乱动,不能控制,因躯体扭动不停,不能坐住。睡在床上扭腰歪髋,来回翻滚,四肢乱动不停。诊断:振掉证(风湿性舞蹈病),治疗:疏风祛湿,镇痉止抽。取穴:双侧舞蹈震颤控制区。操作:用头针针法,每日1次,用中强刺激手法。经16次针刺后,四肢乱动停止,面部表情正常。针刺24次后,生活能自理,于1971年5月20日痊愈出院。随访17年,一直正常。

(三)颤证(慢性进行性舞蹈病)《头针》

韩某,男,49岁,干部。主因:四肢不自主地乱动2年余。病史:缘于2年前,无明显诱因在拿东西时过快,如端碗、放碗等较其他人快,被他人发现也感到异常,但是家属及本人也不认为是病。持续6个月后,取东西时手拿不稳,伴有挤眉弄眼。1年后双下肢也不自主地乱动,行走时不稳。在此期间,先后用中西药物及体针治疗,不仅未见效而且逐渐加重。查体:神志清楚,说话时较快,情感易激动,挤眉弄眼不停,四肢不自主地乱动,不能控制,走路时摇晃不停,步态不稳。由于四肢乱动严重,所以入睡时被子盖不住,不是掉在地下就是挑到头上,脚常露在外面。因四肢乱动脚突然碰到床上,周围住的患者常以为是他掉下床。穿衣服困难,特别是穿背心,常需4～5次才能穿上,双手都扣不住扣子。吃饭时手不能拿筷子夹菜,手拿馍吃时咬一口就放下,如不放下因手乱动就会把馍掉到地下。吃包子时因手乱动,包子还未放到嘴里,菜就撒满地。早上端起尿盆还未走出病房门,尿就撒完了。平时拿东西时需3～4次才能拿住。常在还未到目的地时又不自主地做其他动作,而且常在拿东西前就动两次。写字困难。选区:选双侧舞蹈震颤控制区,每日1次。



疗效：针刺后四肢不自主乱动有所减慢，睡觉时被子已能盖住。针 20 次后四肢不自主乱动明显减慢，在静止时能控制住四肢已不乱动。买饭时一次端回，吃饭时一手拿馍，一手夹菜，能连续吃完饭，打水时一个手能将一小桶水提回，手写字时明显好转。

（四）颤证（小舞蹈病）《头针》

车某，女，21 岁，农民。主因：四肢不自主地乱动 25d。病史：1978 年 5 月下旬发现双膝关节痛，程度较重，行走困难。数日后割麦时左手抓不住麦，左侧肢体开始乱动。约 20d 后右侧肢体也开始不自主地乱动。因四肢乱动明显，所以睡下后被子盖不住，不会用筷子、穿衣服、生活完全需人照顾，药物治疗效果不著，1978 年 6 月 28 日来诊。检查：神志清楚，说话快而不协调。挤眉弄眼，四肢不自主地乱动，不能静坐。肌张力低下，病理征阴性，心律齐，84/min。各瓣膜无杂音。血沉 31mm/h，白细胞 10.7×10^9/L（10 700/mm^3），N73%。选区：双侧舞蹈震颤控制区，每日 1 次。疗效：第 1 次针后，四肢不自主运动减轻。第 3 次针后，不自主运动明显减轻。第 4 次针后右侧肢体不自主运动基本消失。自己能梳头、穿衣服、吃饭。血沉已变成 5 mm/h。白细胞 6.5×10^9（6 500/mm^3），N73%。共针 19 次，症状完全消失。

（五）颤证（右半身舞蹈病）《头针》

杨某，女，71 岁，农民。主因：右侧肢体力弱伴不自主运动 4.5 个月。病史：1978 年 11 月某日感右手无力，拿东西不稳，以后右腿走路不灵活，1979 年 2 月 15 日开始，右侧肢体不自主地乱动，不能控制。1979 年 4 月 6 日来诊。检查：血压 180/90mmHg，心率 80/min。神志清楚，静坐时右侧肢体不自主地乱动不能控制。双上肢活动在正常范围，右侧肢体力弱，霍夫曼征阴性。诊断：右半身舞蹈病。选区：左侧舞蹈震颤控制区，左侧足运感区，每日 1 次。疗效：针 5 次后，右侧肢体不自主地乱动明显减轻，仅微动。针 15 次后右上肢不自主运动已消失，仅右脚有微动。自己独步可行走。针 21 次右侧肢体不自主运动完全消失。

【导读】

颤证是以头部或肢体摇动颤抖，不能自制为主要临床表现的一种病证。轻者表现为头摇动或手足微颤，重者可见头部振摇，肢体颤动不止，甚则肢节拘急，失去生活自理能力。本病又称“振掉”、“颤振”、“震颤”。现代医学中震颤麻痹、肝豆状核变性、小脑病变的姿位性震颤、特发性震颤、甲状腺功能亢进等具有颤证临床特征的锥体外系疾病和某些代谢性疾病，均属于本病范畴。《黄帝内经》对本病已有认识，阐述了本病属风象，与肝、肾有关的特点，为后世对颤证的认识奠定了基础。明代楼英《医学纲目》扩充了病因病机内容，阐明了风寒、热邪、湿痰均可作为病因而生风致颤，并指出本病与瘛疭有别。王肯堂《证治准绳·颤振》指出：“此病壮年鲜有，中年以后乃有之，老年尤多。夫老年阴血不足，少水未能制盛火，极为难治”。



孙一奎《赤水玄珠》提出气虚、血虚均可引起颤证。清代张璐《张氏医通》结合实践，认为病多因风、火、痰、瘀、虚所致。

本节所选医案的主治医家均认为颤证常见原因有年老体虚、情志过极、饮食失宜、劳逸失当或其他慢性病证致使肝脾肾亏损，血虚筋脉失养，则风动而颤；脾为气血生化之源，主四肢、肌肉，脾虚则生化不足，不能濡养四肢筋脉；肾阳虚衰，筋脉失于温阳；肾虚精亏，筋脉失于润养，神机失用，而筋惕肉瞤，渐成颤证。本病的初期，本虚之象并不明显，常见风火相煽、痰热壅阻之标实证，治疗当以清热、化痰、熄风为主；病程较长，年老体弱，其肝肾亏虚、气血不足等本虚之象逐渐突出，治疗当滋补肝肾，益气养血，调补阴阳为主，兼以熄风通络，由于本病多发于中老年人，多在本虚的基础上导致标实，因此治疗更应重视补益肝肾，治病求本。

陈全新医案：辨证为肝肾阴虚型颤证，西医诊断为帕金森病。陈氏认为针灸治疗本病，在选穴时首先针对本病的主症考虑，其次针对不同证候随症配穴。针灸治疗帕金森病的效果体现于以下几个方面：①改善症状；②减少西药用量；③延缓病程；④增强体质，提高抗病能力。总的来说，在改善症状、延缓病情方面有较好效果。

杨甲三医案：杨氏认为帕金森病是中年以后常见的神经系统变性疾病，属中医颤证范畴。颤者，摇也、动也，为筋脉约束不利，不能任持，属风之象。王肯堂在《证治准绳》中说：颤证“壮年鲜有，中年后已有之，老年尤多，老年阴血不足，少水不能制盛火，极为难治”。所治病例辨证为肝肾阴亏，风阳妄动型颤证，西医诊断为帕金森病。杨氏治疗此病时，一者因其病在大脑，故以二风（风池、风府）熄风醒脑，以头三神（神庭、本神、四神聪）镇静安神止颤。再者因阴阳二跷主人一身之动静，此病恰为人之动静失常，当责于二跷，故以列缺、照海滋水涵木以治本，以申脉、后溪清热熄风以治标，同时以足三里、背俞穴调理脏腑气血。此病极为难治，短时间内不可能治愈，但可减轻病情，控制其发展。

朱汝功医案：朱氏认为颤证在古代医书无详细记载，此乃肝肾阴亏，筋脉失养，肝风窜络，震动四末而致。所治病例在抗战时期长期伏卧湿地，外邪久滞络道，并因工作紧张，营血黯耗，以致内风上旋，发为此病，故辨为肝肾阴亏，筋脉失养型颤证，西医诊断为帕金森病。始用头针，效果不显，改用银温针通调膀胱、胆、督脉之经，取督脉风府、胆经风池、膀胱经天柱等穴；针刺督脉百会、后顶、强间、脑户穴；同时用耳穴埋针，多法结合，震颤基本控制，继续治疗，疗效巩固，震颤未再出现。朱氏取督脉、膀胱经、胆经诸穴，意在少阳与厥阴相表里。太阳与少阴相表里，治表经即所以治里经，此法在临床上应用颇广。督脉既主一身之阳，又与肾脉会于尾，与肝脉会于巅，入络脑窍，其支别者，则从上而下，循膂络肾，故与肝肾关系密切，欲补肝肾，取督脉之穴，可有异曲同工之效。朱氏过去临床用单纯体针疗法，效果不够理想，本案用体、头、耳针综合治疗，虽数度增损而终获救，说明治贵权变，而忌胶柱鼓瑟，执一而终也。



张涛清医案：张氏认为舞蹈病，常因风邪袭侵，脉络受伤或肝风内动，气血受阻所致，外风、内风相互作用，引起四肢不自主抖动。所治病例①辨证为肝气不舒，兼肝风内动型颤证，治疗用补益气血、平肝熄风之法，取风池、风府、肩井、肩髃、曲池、外关、风市、阳陵泉、足三里、昆仑等穴而见效。病例②因外感风寒，引动肝风为患，辨为外感风寒兼肝风内动型颤证，西医均诊断为舞蹈病。治以疏风散寒，通经活络，取穴病例①加百会穴而获愈。由此可见，针灸临床必须辨证求因，同病不一定用固定不变的方法治疗。应因人而异，因证而变。

孙申田医案：孙氏认为足颤系指足或双足震颤摇动，颤即动摇，同《黄帝内经》中"掉"，究其原因多属风患，血虚风动或肝风内动，亦或有风寒湿侵及经络者。文献中多言头颤、手足颤，而很少单一论及足颤。孙氏所治患者系年过花甲之人，平素体虚且头晕眼花、肢体麻木，又患左足颤动，而无手、头震颤。此为气血不足，不能荣筋之故，故辨证为血虚风动型足颤，西医诊断为舞蹈症。治以养血熄风之法。取膈俞以养血补血，脾俞以壮生血之源，速刺不留针。关元以补元气，用其气生则血生之理，足三里补后天之本，以壮生血之源，风市、太冲以熄风止颤。

张家维医案：辨证为风邪袭络型颤证，西医诊断为小儿舞蹈病。治之法以疏风通络，平肝熄风为主。方中取风池、太冲、阳陵泉以疏泄风邪，平肝舒筋；内关、百会、神庭以开窍安神；曲池、大椎以祛风通络；血海、足三里以调气养血；廉泉利舌本以清音。证属邪实，故针用泻法。此外张氏认为针刺治疗与年龄、体质强弱、病程因素等有关，年龄小、体质强、病程短，则疗效速，反之则不然。

郭明义医案：辨证为肝风型颤证，西医诊断为功能性失调。患者因素虚体弱，过度疲劳，黯耗阴血而全身震颤不止。如《黄帝内经》"诸风掉眩，皆属于肝"，故以扶正祛邪法治之。取大椎有强壮通经和络之功；配肝俞、阳陵泉有和肝熄风柔筋之效；四神聪清脑安神镇静，配合安眠更效；足三里可健脾强胃，开发脾阳而增强运化；合谷、太冲为四关有镇静熄风之功；巨阙为心之募穴，间使宁心安神，配合三阴交有强壮三阴经之卓效。

黄荣活医案：患者年龄偏大，起病又在重感冒之后，体内正气亏虚，气血不充而致四肢颤抖。辨证为阳气亏虚，肝脾不足型颤证。黄氏指出中医学中"肝藏血，主筋，而为罢极之本"；"脾统血而主四肢"的理论是有临床意义的，但更认为《黄帝内经》"阳气者，精则养神，柔则养筋"所言极是。阳气在体内非常重要，阳气被损，可出现四肢颤抖之证。因此在治疗中应注意壮阳养血，补益肝脾之不足。黄氏根据个人经验组方：①组多取多气多血之阳明经的腧穴为主。足三里为强壮要穴，可健脾养血，柔筋通络；曲池、合谷养血以达到止颤抖之目的；四神聪可壮阳，并治疗失眠健忘之证。②组选用回阳壮阳之要穴大椎，以使阳气恢复，内关补心养血以治疗其兼症，风池可疏风通络。两组腧穴交替使用，可使肝脾功能恢复，气血化生充足，阳气回复，而达到治疗目的。



焦顺发医案：所治病例①四肢震颤，右侧明显，辨证为肝肾亏虚，血不荣筋型颤证，西医诊断为帕金森病。治疗宜滋补肝肾，养血柔筋。用头针取左侧舞蹈控制区，用中强刺激手法。针后痊愈。焦氏认为舞蹈病的临床表现主要是四肢不自主乱动，挤眉弄眼。舞蹈病根据发病年龄，可分为小舞蹈病、大舞蹈病（慢性进行性舞蹈病）、老年性舞蹈病等。一般小舞蹈病较常见，多发生在青少年和女性。焦氏的临床经验证明针刺舞蹈震颤区对颤证的近期、远期疗效都是较好的。病例②，③，④，⑤中医均辨为颤证，西医诊断均为舞蹈病。病例②，③，④选用头针针刺双侧舞蹈震颤控制区治愈。病例⑤患者因右侧肢体力弱伴不自主运动，故头针针刺左侧舞蹈震颤控制区和左侧足运感区，针后痊愈。

第二十七节 郁 证

一、张涛清

(一)心神不宁，心胆虚馁型郁证（神经衰弱）《张涛清针灸治验选》

王某，男，52 岁，工人，1965 年 9 月初诊。自诉：在某石油机械厂工作，厂内由于管理不善，经常发生火灾事故，特别在天阴打雷时，最易由高压线引起火灾。3 年前在 1 个月内连续失火 3～4 次，由于受惊自觉惊悸不安，神疲胆怯。自此以后，每逢天阴打雷即发生心慌心跳，善惊易恐，头目眩晕，情绪不安，精神恐惧，耳鸣颞胀，记忆力减退，整夜失眠。特别是听到警笛声时，则上述症状更为严重。经西医诊为神经官能症，因中西药物治疗无效，遂来我院要求针灸治疗。检查：神志清楚，精神疲倦，面色微黄，舌苔薄白，脉象弦细，诊断为神经衰弱，辨为心神不宁、心胆虚馁证。取穴：风池、风府、百会、内关、神门、足三里、三阴交、照海、天枢、关元、中脘、阳陵泉。操作：进针后用捻转补泻，每次 1min，不留针，足三里、三阴交、照海针刺后加艾卷温和灸，治疗 5 次后，食纳睡眠好转，巧遇天阴打雷，不再惊恐胆怯，继续针治 9 次后，诸症痊愈。

(二)痰热上扰型郁证（癔症）《张涛清针灸治验选》

郑某，女，21 岁，1954 年 10 月 21 日初诊。家人代诉，自 1953 年 7 月开始患病，初发时只是失眠、无故哭泣、长叹息，后来发病由哭泣转为心慌，烦躁不安，打骂吵闹，四肢抽搐、发抖，犯一次病情加重一次（患者母亲曾患此症），在家服药物治疗，效果不显，1954 年 10 月 21 日来我院就诊。检查：脉弦数，苔黄腻，神志不清，诊断为癔症，辨为痰热上扰。取穴百会、鸠尾、中脘、间使、照海、丰隆。进针得气后，施以强刺激不留针手法，初次针治后，烦躁减轻，神志清楚。10 月 22 日 2 诊时，患者正心中急躁，似有发病之状，穴位针法同前，针后烦躁顿除。10 月 23 日 3 诊时加申脉，针治后再未发病。为巩固疗效，又继续针刺 4 次，病告痊愈。6 个月后随访，

疗效巩固。

(三)奔豚气冲型郁证(癔症)《张涛清针灸治验选》

高某,女,30岁。家人代诉,患者自1946年起患病,初为周身疼痛,头痛头晕,不思饮食,继之呕吐,脐下似有积块上冲,呃逆,喉部有梗塞感,有时四肢痉挛抽搐,牙关紧闭,舌强不语,神志不清,1950年以来,抽搐症似有减轻,出现不定时发狂,怒骂乱跑,不能自制。1951年8月在西安市某医院做电疗后,稍有好转。1952年1月,病情复发加重,伴有失眠,周身游走性疼痛,大便秘结,每次排便都需灌肠才能便下。1953年12月6日来我院就诊。检查:体格中等,呈昏厥苦闷状态,偶见手足躁动,舌红苔白,脉沉细。诊断为癔症,辨为奔豚气冲。取穴上星、百会、气海、丰隆、风池、风府、鸠尾、申脉、照海为主穴,同时选配神门、阳陵泉、足三里、中脘、间使。采用多取穴进针得气后强刺激不留针手法。经数次针治后,发狂症状减轻,发作次数亦减少。但在12月14日早晨突然昏迷,不省人事,四肢凉冰。经针百会、风府、水沟、照海、间使、中脘、气海、劳宫等穴,历时超过30h后苏醒,此后仍坚持治疗,共针刺治疗30次而愈,6个月后随访,疗效巩固。

二、郑魁山

(一)肝郁气滞,肝阳上亢型郁证(神经衰弱)《郑氏针灸全集》

蒲某,男,27岁,干部。因眩晕失眠2年,1970年7月20日初诊。1968年2月开始眩晕失眠,逐渐加剧,经中西医治疗效果不显,现在整夜不能入睡,头重似戴钢盔,头痛发胀,有时麻木、眩晕,记忆力减退,烦躁易怒,不能看书、工作。检查:精神郁闷,善叹息,舌质红、苔薄白,脉弦。西医诊断为神经衰弱;中医辨证系肝郁气滞、肝阳上亢;采用疏肝解郁、理气安神之法治之。取风池、百会、瞳子髎、神门、太冲,用平补平泻法,留针20min,治疗至8月12日,针达10次时,头痛发胀和眩晕失眠减轻;治疗至9月10日,针达20次时,症状基本消失,每夜能睡8h,头脑清楚,记忆力明显增强;治疗至10月10日,针达34次时,症状完全消失,即恢复了工作。1971年3月随访情况良好。

(二)肝风内动,气血郁滞型郁证(神经衰弱)《郑氏针灸全集》

肖某,女,40岁,干部。因时哭时笑反复发作7年,下肢不能站立3d,1977年4月23日初诊。其丈夫代诉:患者1970年5月出现生气后哭一阵笑一阵,不能入睡,经县医院注射镇静剂和服安眠药后2~3d即愈。但以后生气就发病,1年发病2~3次。今日早晨生气后发病,哭一阵笑一阵,1d没吃东西,撕毁自己的衣服,看见或听见别人说话就闹,烦躁不安,不吃不喝,一直卧床。检查:面色晦黯、无光泽,两眼直视、时哭时笑,烦躁不安,舌净无苔,舌质红,脉弦,80/min,腹部膨胀如鼓,下肢僵直,不能站立,卧床不起。西医诊断为神经衰弱;中医辨证系肝风内动、上扰神明,气血郁滞、经络不畅。采用疏肝解郁、熄风安神、理气活血,通经活络之法治之。



取肝俞、人中(使其流泪)、合谷,用平补平泻法,不留针,针后稍微清醒,即饮水两茶杯;第2天复诊,患者神志已清楚,自诉全身酸痛无力,而腿不能站立。改针①关元俞、秩边、阳陵泉;②肾俞、秩边、足三里;用平补平泻法,留针10min,两组穴位交替轮换使用;针治3次时,起针后患者能扶墙站立,但右腿无力,站立不稳;治疗至4月27日,针达5次时,起针后患者能扶杖步行;治疗至4月29日,针达7次时,症状完全消失,上下肢活动自如,生活能自理而停诊。同年8月3日随访完全恢复正常,早已上班。

(三)心气久郁、肝风内动型郁证(癔症)《郑氏针灸全集》

李某,女,29岁,干部。因精神失常反复发作已3年,1961年10月8日急诊。其丈夫代诉:患者3年前因生气患过精神病,曾在某医院诊断为"精神分裂症",经治疗暂时有些效果,以后每当生气就发病。昨天晚上因生气,突然发病,先出现表情淡漠、闷闷不乐,后又语言增多、情绪激动,阵发性哭闹、憋气、全身抽搐、恶心、欲吐不出。检查:面色苍白,妄动不安,胡言乱语,哭闹,两目直视,脉沉弦,68/min,两胸廓对称,颈部无强直,心肺(一),肝脾未触及。西医诊断为癔症;中医辨证系心气久郁,肝风内动。采用平肝熄风、宁心安神之法治之。取穴①人中(使其流泪)、承浆、大陵、内关、行间、涌泉,在发作时用平补平泻法,不留针;②巨阙、中脘、内关、三阴交,用平补平泻法,在神志清醒时留针20min。两组穴位交替轮换使用,每日1次,第2天复诊时仍反复发作;针治2次后,症状逐渐减轻。治疗至10月14日,针达6次时,症状消失,状如常人而停诊。1962年3月3日随访未复发。

(四)肝郁生风,阻塞经络型郁证(癔症性偏瘫)《郑氏针灸全集》

刘某,女,18岁,工人。因左半身动作困难,1970年5月18日初诊。患者1年前因父母包办婚姻,生气后发现左上肢不能伸开、不能活动,左下肢无力、走路困难,勉强走路也须扶杖跛行。检查:神志清楚,面色晦黯,舌质红,苔薄白,脉弦滑,80/min,左上臂肌肉松弛,肩关节不能自主活动,肘、腕、指等关节拘急,呈铁钩状僵硬,不能搬开,不能伸展,肘关节以下至手指皮肤发紫、发僵、肌肉萎缩,下肢皮肤和肌肉尚佳,但走路跛行。西医诊断为癔症性偏瘫;中医辨证系肝郁生风、阻塞经络;采用平肝熄风、舒筋利节之法治之。取人中(使其流泪)、肩髃、曲池、外关、合谷、阳陵泉,用平补平泻法,留针20min,每日针1次,治疗至5月27日,针治9次时,肘、腕关节能伸直,手指能伸直且能稍微屈曲。改为隔日针1次,治疗至7月22日,针达20次时,臂能抬与肩平,手能握物,走路跛行已不明显。治疗至8月15日针达30次时,上下肢活功已恢复正常,即回单位工作。经1970年10月1日,1971年10月1日、1973年1月3日多次随访,未复发,情况良好。

(五)肝郁气滞,惊恐伤神型郁证(癔症)《郑氏针灸全集》

刘某,女,35岁,教员。因双目失明3d,1970年7月20日初诊,其丈夫代诉:患者1961年开始头痛、头晕、1962年出现视物模糊,1969年月经不正常,1969年9月



因晚上看到1个司机死亡，精神紧张，开始时哭时笑，语言支离，性情急躁，自言自语，"心里难受"，出家外跑，晚上不能入睡，发病40多天，今年2月天坛医院诊断为癔症，治疗2个多月有些好转。回单位工作1个多月，因又看见吊死了人，再次发病，病情逐渐加剧，经常离家外跑，有时昏倒，3d前突然双月失明，两手胡摸，胡言乱语，时哭时笑，不能入睡，而来院治疗。检查：面色晦黯，烦躁不安，悲啼欲哭，两目直视无光，舌质红、舌苔薄白，脉弦细。两胸对称，颈部无强直。心肺（一），腹软，肝脾未触及。眼科检查：视力，左、右均为眼前手动；眼底未发现明显异常。西医诊断为癔症；中医辨证系肝郁气滞，惊恐伤神，精血不能上营于目。采用疏肝理气、宁心安神、活血明目之法治之。取风池，用平补平泻法，不留针；百会、人中、瞳子髎、内关、三阴交，用平补平泻法，留针20min；每日针1次，针治3次时，患者精神好转，夜晚已能入睡，针治5次时，不用人扶，患者同其丈夫能走来门诊，精神、情绪恢复正常，视力恢复到右0.5，左0.6，治疗至7月31日，针达10次时，患者自己能走来门诊，状如常人，视力恢复到右0.8，左1.0，治愈停诊。1970年12月2日随访未复发。

（六）肝风内动，风痰上扰型郁证（癔症）《郑氏针灸全集》

蒋某，女，31岁，家属。因神昏不语2d，1954年5月6日急诊。其丈夫代诉：患者于本月4日13:00时，气恼过甚，昏倒街道，牙关紧闭，口眼歪斜，不省人事，当即抬至某诊所注射强心剂无效，又送至北京某医院注射葡萄糖等仍无效，水米不下已3d。检查：患者两手扪胸，哆口，以手指喉，口流黏液尺许，两目直视，举手作欲语状、但不能出声，舌已缩至喉间，舌尖向下弯，仅看到一横指许，四肢厥冷、不能动转，全身知觉消失，喉中痰声如锯，不能下咽、亦不能吐出，两手脉搏皆无，面色青紫，眼球凸出，瞳孔散大，用强光直射，不能反应，反应完全消失。西医诊断为癔症；中医辨证系怒气伤肝，肝风内动，风痰上扰，阻塞清窍；采用涌吐顽痰、祛风开窍之法急救。先取傍廉泉，用导痰法，以拇指食指紧切左右两穴，候至患者作呕时，点刺右穴。欲使其激起内脏反射作用上涌作呕；经刺右廉泉穴后、患者作呕，仍未吐出黏液，复刺左穴，患者呕力很大，但喉中堵塞，仍未吐出，让患者休息5min，再点刺天突穴，同时切紧左右廉泉；患者努力作呕，黏液流出很多，但仍不能大量吐出，急将患者猛力扶起，先以两手用力撑肋，复以右手拇指食指努力切紧肾俞穴，始吐出大量痰液。再让患者休息10min，又点刺风池、哑门，针时让患者喊"一、二"，欲使其舌上翘发音。复泻合谷、少商，针后患者即张口想言，唯音哑喉干，不能出声，以手指喉作式，又指小腹，体会其意：喉间所堵之物已下降。此时患者瞳孔即恢复正常，向大夫点头欲笑，似表示谢意。5月7日复诊，又点刺风池、哑门、中脘、气海，患者当即说话，自述胸腹通畅，四肢运动自如，检查其脉搏已转为正常，唯逆气呃逆，有时气闭，饮食咽物发堵。5月8日3诊，又点刺肩井、照海而治愈。为了观察疗效，于5月10日、11日、15日又针治3次，情况良好，已恢复正常。1995年1月



20日随访未复发。

三、于书庄

惊吓伤肾，心阳被阻型郁证（功能性反应性失语）《于书庄针灸医集》

胡某，女，26岁，1984年5月9日会诊。病史：因葡萄胎刮宫之后4个月，阴道不规则出血，淋漓不断，于1984年2月29日住妇科病房。先后于1984年3月6日至5月8日，接受3个疗程化疗，在第3疗程第5天；因同室患者哭闹受惊，突然出现语言不利，病后经神经内科会诊，未见器质性病变，诊为功能性反应性失语，给予针刺人中、内关，针后语言恢复。次日（5月9日）又发作，继针前穴无效。遂请我科医生会诊，针刺廉泉、合谷、太冲、哑门，针后未效。当日10:00时延余会诊，检查：患者神志发呆，形体瘦弱，张口困难，伸舌不过齿，脉沉细无力，苔未见。辨证：证系惊吓伤肾，心阳被阻。治法：治以补肾通阳，以开心窍，治疗经过：针哑门（热手法），针合谷、颊车、涌泉，取柔和酸胀针感，留针15min，起针后1h许，患者语言恢复。当日下午因患者悲哭，失语又作，科内医生针刺前穴2次未效。10日延余会诊，给予中脘、气海、涌泉小艾炷直接灸各5壮，针哑门（热手法），针灸后语言逐渐恢复。5月11日会诊。失语未复发，说话伸舌露齿均正常，给予灸中脘5壮，巩固疗效。

四、田从豁

（一）阴虚火旺型郁证（更年期综合征）《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

胡某，女，47岁，干部，1998年9月12日初诊。病史：患者2年来因工作紧张，常感压力较大，渐而出现心悸、心情烦躁易怒，阵发性颜面潮红，手足心热，胸闷憋气。曾查心电图未见异常。近2个月诸症加剧，经常心悸，胸闷，情绪不稳定，易激惹，不能自控。夜晚常有盗汗，月经不调，曾服用“更年安”、“加味逍遥丸”等药物，效果不明显。自服“地奥心血康”等药物，胸闷亦无好转。望闻切诊：形体适中，精神尚可，舌边红，苔薄白，脉弦细，血压150/90mmHg。诊断：中医为郁证（阴虚火旺），西医为更年期综合征。治则：滋阴清热，安神定志。治疗：三阴交、膏肓、巨阙、内关、肝俞（或期门）。膏肓用补法，余穴用平补平泻法，起针后心俞、膈俞、脾俞、肾俞拔罐。疗效：治疗2次后，即感胸闷、心悸改善。治疗5次后，胸闷、心悸明显好转，手足心热减轻。治疗10次后，胸闷、心悸基本消失，情绪平稳，心情开朗，烦躁易怒基本消失，夜晚睡眠好，工作质量明显提高，继续治疗5次后，诸症基本消失，停止治疗。

（二）气血逆乱，舌络受阻型郁证（癔症）《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

李某，男，18岁，1953年6月3日初诊。患者主因“失语20d”前来就诊。患者

上学较晚，学习努力，好胜心强，故越班一年，但越班后学习吃力，期末考试不及格，回家后其父怒斥、责骂一通，当时患者痛哭不止，不语不食1d多，次日醒后则完全不能发音，听力正常，意识清楚，智力正常，能用手势和口形与家人交流。检查：声带正常，咽反射存在，其他各系统检查也未发现异常。虽经他院及多种药物治疗，仍无任何进展。诊断：中医为失语（气血逆乱、舌络受阻），西医为癔症。治则：调和气血，疏通舌络。治疗：针刺前医者告诉患者，针灸对该病有特效，经针灸治疗一定能好。然后针廉泉，捻针的同时黯示患者，针下有麻窜感，当麻窜感直通喉头时，即可恢复说话，随后用圆利针点刺少商、人中，问患者痛不痛，患者立即叫喊"疼"，并惊讶地说："我能说话了！我好了，给我起针吧"。从此语言恢复正常，未曾复发。

五、魏　稼

胆火挟痰，扰乱心神型郁证（更年期综合征）《魏稼针灸经验集》

王某，女，50岁。经断2年，近6个月来常失眠，头昏痛，且多疑善怒，心慌易惊，惶惶不可终日。多次心电图及神经检查均正常，诊断为更年期综合征，久服镇静及滋阴之剂不效，特请魏氏诊治。据其舌苔薄白，舌尖红，脉细数，辨证为胆火挟痰，扰乱心神，治宜泄胆化痰，宁心安神。取双侧内关、神门、太溪，行泻法，留针30min，隔日1次，针数次，效不佳。魏氏认为需加风池穴，连针5次、夜能入睡，但梦多易惊醒，用交叉取穴法：风池（左）、内关（右）；内关（左），风池（右）续针10次病症消失。嘱患者耳压神门、内分泌、肝、胆等穴，以资巩固。

六、杨永璇

七情郁结，痰滞喉头型郁证（癔症性喉阻塞）《杨永璇中医针灸经验选》

许某，女，62岁。初诊：4年以来，胸中阻窒不舒，咽中常感有物如炙脔，阻格不能言喻，但吞咽毫无妨碍。经五官科检查，无病灶发现。脉弦细带数，苔薄，质绛。此七情郁结，痰滞喉头，病无大害，宜情绪怡悦为上。用疏化顺气法。针灸方法：合谷、阳陵泉、丰隆、太冲（均双）、天突、膻中（均泻法）用开合补泻法。天突、膻中不留针，其余留针5min。2诊：第3天，即间隔1d。自诉针后见效，咽喉核气较松，胸脘较畅。针灸方法：同上加太溪（双侧，泻法）余如上方。3诊：第5天，即间隔1d。咽喉核气阻窒略松，旧有手指麻木，兼治之。针灸方法：同上加内关、足三里（均双，泻法）。余如上方。4～7诊：连续4d，上方每间隔1d，针治1次。8诊：第15天，即间隔1d。脉形细软，咽间核气虽减未消，手指麻木转缓。针灸方法：廉泉、天突（均泻法）用开合补泻法，不留针；外关、足三里（均双侧）、膻中（均泻法）用捻旋补泻法，中魁（双）留针10min。9诊：第17天，即间隔1d。症情显著好转，梅核气已不发作，手麻亦减。针灸方法：同上方去廉泉加扶突（双）（泻法）用开合补泻法，不留针。余依上法。10～11诊：连续2次，上方每间隔2d，针治1次。12诊：第26天，即间隔



2d。梅核气已消失，胸脘亦舒，指麻尽减。针灸方法：同上方去扶突，加中都（双）（泻法），用捻旋补泻法。余依上方。经治后，诸恙悉平，停针。随访未复发。

七、王秀珍

（一）气逆络阻，蒙蔽清窍型郁证（癔症性失明）《刺血疗法》

宋某，女，28岁，农民，1981年2月28日门诊。患者主诉双眼失明1个月余。2个月前患者生一男孩，20余天后不幸夭亡，极度悲伤。痛哭不休，随之视物模糊，双眼看不见东西，近、远物均无所见。眼科检查：双外眼（一），角膜清，结膜无充血，双眼视力眼前手动，眼底未见异常。诊断：癔症性失明（暴盲）。治疗：取穴太阳针刺出血后，顿觉眼前明亮能看见东西，次日视力全部恢复。

（二）痰气阻滞，胸咽不利型郁证（癔症性喉阻塞）《刺血疗法》

刘某，女，39岁，医务人员。患者自感咽喉有物阻挡、不适1年多，吐之不出、咽之不下，痛苦异常，生气之后症状加重。经某地区医院检查咽喉、食管均无异常。服中药近百剂，症状无改善。精神紧张，头昏失眠，胸闷，不思饮食，1979年5月14日来刺血科治疗。诊断：梅核气（咽感异常）。治疗经过：取穴太阳，针刺出血后2～3d自觉胸闷减轻、咽喉部通畅，饮食增加。5月19日刺血阳交。经刺血治疗2次，咽喉梗阻感消失，痊愈。自述现在生气后，咽部亦无不适感觉。

八、钟梅泉

肝郁气滞，化火扰神型郁证（癔症）《中国梅花针》

赵某，男，34岁，干部，1964年5月4日初诊，病历号7255。患神经官能症5年。近来因人事关系而生闷气，于14d前出现头晕，随后神志不清，胸闷，不能说话，流涎，四肢抽搐，大小便失禁，每天发作1～2次，多则3～4次，每次历时20～40min，曾在北京几家医院检查，诊断为癔症。服中西药物未收效。来就诊时正在发作，检查：头向右侧歪斜，流涎，四肢徐徐抽动，有抵抗力，瞳孔等大，对光反射正常，腰反射阴性，无病理性反射，血压122/84mmHg（16.3/11.2kPa），心肺正常。胸椎7～10两侧及腰部有条索和泡状软性物。脉细弦，苔薄黄。拟以清心安神，疏肝理气为治。根据病证，选用后颈部、骶部、内关、人中、中脘、期门、百会进治，采用较重刺激手法，在中指和无名指指尖用梅花针重刺放血，经梅花针治疗1次后，抽搐停止，神清，能坐立，休息片刻后回家。第2天复诊前仍发作1次，据证选用胸椎7～10两侧，后颈部、腰部、骶部、风池、肝俞、中脘、大椎、神门、阳性物处进治。经治疗3次后，未再出现抽搐，症状减轻，共治疗10次，症状全消，精神愉快。自己怕复发，要求配服中药（7剂）调理，停诊观察，随访1年疗效巩固。

【导读】

郁证是由于情志不舒，气机郁滞所致，以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胁肋



胀痛，或易怒喜哭，或咽中如有异物梗塞等症为主要临床表现的一类病证。现代医学的神经衰弱、癔症及焦虑症、更年期综合征、反应性精神病出现郁证的临床表现时，可归属本病范畴。《黄帝内经》无郁证病名，但有情志致郁的论述。《金匮要略》记载了属于郁证的脏燥及梅核气两种证型，认为该证多发于女性，并提出治疗方药沿用至今。《诸病源候论》指出忧思可导致气机郁结。金元时代，明确地把郁证作为一个独立的疾病加以论述，如元代《丹溪心法》提出气、血、火、食、湿、痰六郁之说，创立相应的治疗方剂。明代《医学正传》首先采用郁证病名。《景岳全书》将情志之郁称为“因郁而病”，着重论述了怒郁、思郁、忧郁 3 种郁证的证治。《临证指南医案・郁》指出“郁证全在病者能移情易性”。王清任对郁证中血行郁滞的病机作了强调，采用活血化瘀法治疗郁证。

本节所选医案的主治医家认为郁证的病因属情志所伤，发病与肝的关系最为密切，其次涉及心、脾。肝失疏泄、脾失健运、心失所养、脏腑阴阳气血失调是郁证的主要病机，由于本病始于肝失条达，疏泄失常，故以气机郁滞不畅为先，气滞则湿不化，湿郁则致痰结；气郁日久，由气及血而致血郁，还可进而化火等，但以气机郁滞为病理基础。本病初起多实，日久转虚或虚实夹杂。理气开郁、调畅气机是治疗本病的基本原则。针灸治疗郁证疗效好，见效快，是临床常用治法。

张涛清医案：所治病例①因长期失眠，体力、脑力的消耗，影响工作和健康，使患者思想压力很大，感到自己患了不治之症，悲观失望，唉声叹气。辨证属于心神不宁、心胆虚馁型郁证，西医诊断为神经衰弱，张氏依据个人经验处方以风池、风府、百会、内关、神门、足三里，三阴交、照海、天枢、关元、中脘、阳陵泉等穴益气安神，养血定悸，诸穴针刺后不留针，足三里、三阴交、照海针刺后加艾卷温和灸，针灸并用，相得益彰。此外张氏提倡帮助患者解除顾虑，鼓励患者适当参加一些体力劳动及体育活动，有助于疾病的康复。病例②辨证属于痰热上扰型郁证，西医诊断为癔症，针对患者烦躁不安，打骂吵闹，四肢抽搐等症状，张氏的经验处方是选取百会、鸠尾、中脘、间使、照海、丰隆，治疗初起采用多取穴，强刺激不留针手法，以疏肝解郁，泄火降浊。病例③辨证为奔豚气冲型郁证，西医诊断为癔症，患者脐下似有积块上冲，呃逆，喉部有梗塞感，有时四肢痉挛抽搐，牙关紧闭，舌强不语，神志不清，张氏取穴上星、百会、气海、丰隆、风池、风府、鸠尾、申脉、照海为主穴，同时选配神门、阳陵泉、足三里、中脘、间使。采用多取穴进针得气后强刺激不留针手法。张氏认为针刺对癔症有独特的疗效，可以针到病除。治疗初起采用“多针强刺法”，不留针；其后改为“少针强刺法”，留针时间为 15～20min，由于癔症患者多数在精神因素作用后起病，因此周围人的影响颇为重要，治疗环境尽可能安静，医者必须做到首次治疗即有效果，否则将影响其以后的治疗效果，可适当地配合暗示疗法。

郑魁山医案：所治病例①患者精神郁闷，善叹息，辨证为肝郁气滞，肝阳上亢型郁证，西医诊断为神经衰弱，郑氏选取风池、百会、瞳子髎、神门、太冲，平补平泻，留



针 20min，以疏肝解郁、理气安神。病例②患者时哭时笑，烦躁不安，辨证为肝风内动，气血郁滞型郁证，西医诊断为神经衰弱，选取人中针刺使其流泪，肝俞、合谷，平补平泻，不留针，以疏肝解郁、熄风安神、理气活血、通经活络。病例③患者先出现表情淡漠，闷闷不乐，后又语言增多，情绪激动，阵发性哭闹，全身抽搐，辨证为心气久郁、肝风内动型郁证，西医诊断为癔症，在发作时取人中针刺使其流泪，承浆、大陵、内关、行间、涌泉等穴平补平泻，不留针，以平肝熄风、宁心安神。病例④患者生气后发现左上肢拘急不能伸开、不能活动，辨证为肝郁生风、阻塞经络型郁证，西医诊断为癔症性偏瘫，选取人中针刺使其流泪、肩髃、曲池、外关、合谷、阳陵泉，平补平泻以平肝熄风，舒筋利节。病例⑤患者烦躁不安、悲啼欲哭，辨证为肝郁气滞，惊恐伤神型郁证，西医诊断为癔症，选取风池，平补平泻，不留针；百会、人中、瞳子髎、内关、三阴交，用平补平泻法以疏肝理气、宁心安神、活血明目。病例⑥患者气恼过甚，四肢厥冷、不能动转，全身知觉消失，喉中痰声如锯，面色青紫，眼球凸出，病情危重，辨证为肝风内动、风痰上扰型郁证，西医诊断为癔症，郑氏采用涌吐顽痰、祛风开窍之法急救；先取傍廉泉，用导痰法，以拇指食指紧切左右两穴，候至患者作呕时，点刺右穴，复刺左穴，再点刺天突穴，同时切紧左右廉泉，顽痰不出，再以右手拇指食指努力切紧肾俞穴，始吐出大量痰液，复用针刺合谷、少商，又点刺肩井、照海而治愈。纵观所治病例，郑氏常采用针刺人中使其流泪的方法治疗郁病，是谓经验之谈。

于书庄医案：于氏认为癔症虽然易治，但应根据患者体质之强弱、病情之虚实，医者必须看到针刺手法和治疗方法的不同之处方能收效。其所治病例因同室人哭闹受惊，突然出现语言不利，出现功能性反应性失语，中医辨证为惊吓伤肾，心阳被阻型郁证，他人先针哑门（热手法），针合谷、颊车、涌泉，取柔和酸胀针感，留针 15min 取效，但当日下午因失语又作，再针前穴 2 次无效。次日于氏给予中脘、气海、涌泉小艾炷直接灸各 5 壮，针哑门（热手法），针灸后语言逐渐恢复。于氏以柔和持久的针刺热补法及灸法所以取效，并认为灸法效果更为巩固。

田从豁医案：所治病例①患者年近 5 旬，肾气渐衰，冲任亏虚，月经紊乱，加之工作紧张致情志不舒，正值更年，肾阴不足，肝失濡养，肝气不疏，失于条达而成“郁证”，气郁日久，郁而化火，火盛伤阴致阴虚火旺之证。田氏应用个人经验，以滋阴清热处方治疗更年期综合征。方中选用三阴交清热养阴，膏肓滋补肾阴，补益真阴而清虚热。巨阙为心之募穴，内关为手厥阴心包经之络穴，二穴合用安神定志而除烦热。针对患者情况，酌加肝俞或期门理气调肝而解郁，背俞穴加拔罐以调和气血，诸穴相配，针刺拔罐结合，达到养阴清热除烦安神之效。病例②患者有明显的精神因素，既悲又怒，伤肺伤肝，气血逆乱，喉舌之经络被上逆之气阻滞而发郁证，治疗前配合心理暗示，因病程不长，故针治仅以廉泉为主，以疏通舌络，在点刺少商、人中，与患者在不经意间问答，所以针到病除，若问话时机不当，未必能取得满



意疗效。

魏稼医案：辨证为胆火挟痰，扰乱心神型郁证，西医诊断为更年期综合征，按常规取双侧内关、神门、太溪效果不佳。加用风池穴后，夜能入睡，后又用内关、风池左右交叉取穴，病证消失，再配用耳穴压丸巩固疗效。魏氏以临症巧用风池穴著称，认为风池穴有7大作用：祛风、泻火、解郁、化痰、活血、安神、解痉，可治疗多种疾病，且疗效不凡。魏氏主张风池需俯卧取之，不但取穴准确，且不易移动，患者感到轻松舒适，不致晕针。针刺前，大拇指于风池附近往返循按，寻找压痛明显处，是其取穴特点。

杨永璇医案：杨氏认为梅核气是一种自觉症状，患者多为体虚情感怫郁之人，病者颇为所苦。针治能奏效，但易复发。所治病例辨证为七情郁结，痰滞喉头型郁证，西医诊断为癔症性喉阻塞，先后应用合谷、阳陵泉、丰隆、太冲、天突、膻中、廉泉、扶突、中都等穴用开合补泻之泻法，疏化顺气而取效。

王秀珍医案：所治病例①辨证为气逆络阻，蒙蔽清窍型郁证，西医诊断为癔症性失明；病例②辨证为痰气阻滞，胸咽不利型郁证，西医诊断为癔症性喉阻塞，王氏认为郁证多由情致不舒，肝气郁滞，气逆络阻所致，因此两个病例均用刺血疗法，以疏肝理气，行气活血，疏通脉络，目受血而能视，暴盲自明；气通痰化，咽梗自消。

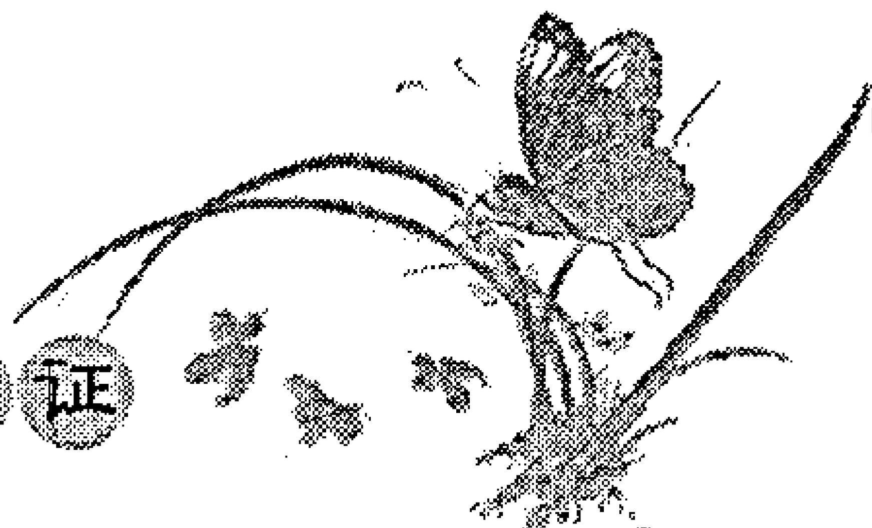
钟梅泉医案：患者因生闷气出现头晕、神志不清，胸闷，流涎，四肢抽搐等，每日发作3～4次，辨证为肝郁气滞，化火扰神型郁证，西医诊断为癔症，此类患者易于在胸椎5～10两侧有条索及压痛，腰部及骶部有泡状软性物或结节，三阴交穴及膻中穴有压痛。因病属实证，故钟氏在治疗时针对阳性物及阳性反应区采用较重刺激手法，在中指和无名指指尖用梅花针重刺放血，患者症状全消。

第二十八节　厥　　证

一、朱汝功

气厥实证《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

杨某，女，26岁，工人，1975年5月30日初诊。突然昏倒2h，原有头晕、头痛、恶心，双目发黑史。第1次发作在1973年12月受刺激后，以后每遇到不愉快事或受到惊吓即发作。曾到精神病院治疗，服安坦、奋乃静等药，有好转，但未能根治。这次于4d前开始发病，多哭，多言，语无伦次，经厂医务室注射苯巴比妥，异丙嗪等药后连睡3d。醒后精神疲乏，往医务室复诊时，又受不愉快言语刺激，病又发作，但未昏倒。30日上午去车间上班，突然昏厥倒地。诊见形瘦体弱，面无华色，口噤握拳，不省人事，呼吸喘急，四肢厥冷抽搐，脉沉弦。此乃肝气不舒，气机逆乱，上壅



心胸，逆阻气道而致，乃气厥之证。拟以清心开窍，顺气和营为法。取穴：人中、神庭、大陵（双）、太冲（双）、三阴交（双）；手法：平针法，提插和捻转相结合，得气后留针，每隔10min运针1次。针后5min四肢抽搐即止，10min后神志渐渐苏醒。人中穴先起针，其余穴位留针30min后，神志完全清醒。诊其舌，苔薄质淡，患者自觉手足沉重疲乏。6月1日2诊，患者步行至医务室，气息低微，语言无神，自诉头晕，纳呆、脘宇痞闷，四肢酸软，脉转细缓，苔薄白质淡。再拟顺气和营，宽中解郁为治。取穴：合谷（双）、内关（双）、手三里（双）、公孙（双）、太冲（双）、气海；手法：平针法，留针15min。3诊：6月3日。头晕已减，脘宇痞闷好转，胃纳转馨，四肢尚感酸软。仍进原方，以固疗效。取穴：合谷（双）、内关（双）、手三里（双）、足三里（双）、三阴交（双）、公孙（双）、太冲（双）、中脘、气海；手法：平针法，留针15min。隔日针1次，共治4次，诸恙均失。1975年10月中旬随访正常，精神颇佳。

二、于书庄

气厥虚证《于书庄针灸医集》

朱某，女，18岁，1986年8月16日初诊。病史：因来京旅游过度疲劳，于当日在景山游览时，突然感觉眼前发黑而跌倒，面色白，出汗，恶心，病后即来我科就诊。检查：血压70/50mmHg(8.1/6.5kPa)，脉细弱。辨证：证系劳伤气血，清窍失养。治疗经过：针刺内关（双侧）。得气取柔和酸胀针感。后片刻诸症消失，起针后与同学们说笑而去。

三、郑魁山

（一）暑厥（中暑）《郑氏针灸全集》

田某，男，39岁，农民。盛夏季节，天气炎热，在田野烈日下锄地，突然头昏心慌，出冷汗，昏倒在地，口唇指甲发绀，寒战发抖，手足冰凉，胸腹灼热，脉细数。证系暑热壅遏，经络阻滞。采用清泻暑热，开窍醒神之法治之。先针人中，向上斜刺，针尖刺抵鼻中隔，用泻法，以泪出为度，配承浆、十宣用点刺法出血，针后，神志清醒，口唇指甲发绀好转，又针合谷、足三里用平补平泻法，留针20min，寒战、手足冰凉、胸腹灼热等症逐渐好转，因体乏无力，饮4杯温开水，休息1h即愈。

（二）暑厥（中暑）《郑氏针灸全集》

郝某，男，31岁，农民。在农田里干活，突然中暑昏倒，抬回家中，醒后患者头重剧痛，肢体酸困重痛，身热恶寒，有微汗，胸闷腹胀，恶心想吐吐不出，舌苔厚腻，脉滑，辨证系暑湿伤表，肺气不得宣降，采用发汗宣肺，祛暑化湿之法。针风池、百会、大椎、列缺、合谷、足三里用烧山火法，使患者全身出汗，出汗后约1.5h，身热恶寒、全身重痛逐渐消退。第2天，患者仍感疲乏无力，脘腹闷胀，不思饮食，大便溏泻，辨证系湿热内蕴，升降失职，采用和中健胃，清暑利湿之法，针中脘、天枢、气海、



足三里用平补平泻法，留针 20min。每日 1 次，针治 3 次，脘腹闷胀等症状均消失。为了巩固疗效，又针曲池、足三里 2 次而愈。

四、司徒铃

（一）气厥实证《古今针灸医案医话荟萃》

黄某，男，24 岁，住院号：1011，1957 年 5 月 5 日初诊。患者因情绪刺激，突然昏迷倒地，不省人事，口噤，握拳，四肢掌指部厥冷，约 10min，面色苍白，舌苔白，脉沉弦。临床诊断：气厥实证。治则：行气宣窍通神。处方：人中穴，用泻法刺之，百会、大椎、命门，各灸 1 壮（如绿豆大），针灸后立即苏醒，并已能讲话。

（二）暑厥《古今针灸医案医话荟萃》

李某，女，21 岁，学生，1964 年 7 月 8 日初诊。患者于前 1d 下午参加集体劳动，在烈日下工作数小时，同时喝了一杯冷水。今晨即觉身热，前头部剧痛，头晕甚，并曾先后呕吐 5 次，12:00 时开始发现神志不清，烦躁不宁，辗转反侧，两下肢厥冷已将近 1h，面色赤，舌苔淡黄、脉伏。诊断：暑厥证。治则：泄热开闭醒神。处方：曲泽、委中双侧，刺浮络出血泻之。并没有用任何药物治疗。刺后即见安宁，烦躁减退，30min 后完全清醒继续针灸治疗 4d，痊愈出院。

五、方吉庆

（一）气厥实证（癔症性癫痫）《古今针灸医案医话荟萃》

张某，女，28 岁。自诉：因情志抑郁，经常胸闷不舒，头痛，头晕。今与其夫发生口角，突然晕倒，不省人事，四肢厥冷，口噤拳握，呼吸急促，给予指切人中，按压肘窝、腿弯后苏醒，醒后哭啼不休。少时又突然抽搐，口噤不开，呼吸气促。检查：脉沉弦，经某医院诊断为“癔症性癫痫”，经治效果不显，此为气机逆乱，上壅心胸，蒙闭窍隧。治以疏肝理气，开窍醒神。针刺人中，四关。2 次即愈。

（二）气厥虚证《古今针灸医案医话荟萃》

王某，女，26 岁。自诉：素有头痛病史，头晕眼花，活动则心慌气短，胃呆纳少。今突然晕倒，面色皖白，汗出肢凉，片刻苏醒，后因心情郁闷，晕倒不省人事，呼吸微弱。检查：脉细无力。治取内关、气海，针 3 次，心慌气短大减，睡眠好转，胸脘舒畅，共针灸 8 次后复常。

（三）血厥实证（血管性头痛）《古今针灸医案医话荟萃》

司某，男，42 岁。自诉：素有偏头痛史，经某医院诊断为“血管性头痛”。头痛时如锥刺，甚则恶心呕吐。经中西医治疗，时好时犯，劳累则发作频繁，不时晕倒，重则不省人事，口噤。检查：面红唇紫，呼吸气粗，脉沉弦，血压 156/93mmHg。诊断为血厥。给予针刺合谷透劳宫、行间、涌泉，针 6 次即愈。



(四)食厥《古今针灸医案医话荟萃》

刘某，女，31岁。自诉：素有迁延性肝炎，体质虚弱。因饭后复遇恼怒，胃脘闷胀不舒，恶心欲吐，彻夜胃痛，服索米痛片(去痛片)后稍减，胀满如故。起床即感头晕眼花，突然晕倒，不省人事。检查：苔白厚腻，质淡红，脉象沉滑。针刺中脘、内关、足三里，1次苏醒，3次症状消失，食欲增加，共针6次痊愈。

(五)痰厥《古今针灸医案医话荟萃》

孙某，男，52岁。自诉：素有哮喘性支气管炎，吐黄稠痰，胸闷憋气，心悸，喉中漉漉有声，哮喘经常发作。因炸辣椒被呛，顿咳不已，痰壅气塞，突然眩仆，神志不清达3h之久，四肢发凉，呼吸气粗。检查：舌苔白腻，脉弦滑。针刺少商、内关、丰隆，后苏醒，共针7次，未再发生昏厥。

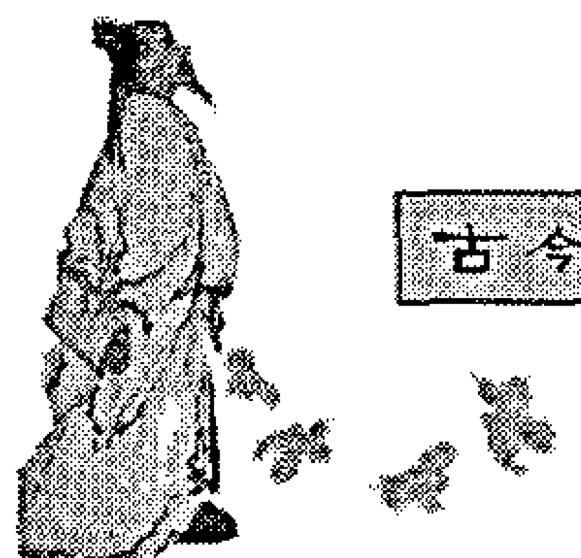
(六)痰厥《古今针灸医案医话荟萃》

李某，女，68岁，1961年11月8日初诊。患者气上逆而喘，喉有痰鸣声，不能讲话，神志昏蒙已30min，患者因发病前，没有吃饭，只饮了菜汤一大碗，饮后1h许，突觉胸脘满闷，气喘痰鸣，不能讲话。经西医会诊，认为必须立即用吸痰机吸痰，并要输给氧气进行急救。当时患者面色微黯，舌苔白厚腻，脉沉滑。诊断：痰厥证。治则：行气豁痰通神明。处方：针尺泽、丰隆、中脘，用“寒则留之”的泻法刺之，但在针刺的过程中无气至之感应，针后症状亦无变化，随即用黄豆大的大艾炷直接灸中脘穴3壮，灸后病者立即痰除气顺，神志清楚，言语自如。

六、陈全新

暑厥(中暑)《古今针灸医案医话荟萃》

阿某，男，26岁，技工，代诉：患者于炎夏旷野作业期间，初感头不适，心悸气促，继而大汗淋漓，旋即昏倒，由同伴背负到诊。检查：体质虚胖，神志不清，面色苍白，冷汗如油，四肢厥冷，双目上视，瞳孔缩小，心律整，率促而弱，双肺呼吸音稍粗，腹柔，肝脾未扪及，膝反射减弱，无明显病理反射，血压测不到，苔薄白，脉微若绝。此系受酷暑蒸熏，汗出过多，致阴液耗损，加之形气本虚，正气耗散过甚，故猝然昏倒，则病暑厥。治以回阳救逆，补气固脱为主。置患者于诊床，头低位，解开衣扣，擦干冷汗并保温，继用毫针补刺人中、内关、足三里、涌泉穴，同时用大艾炷灸百会、神阙(隔盐)。经反复捻针及直接灸5壮后，患者神志渐复苏，始为低声呻吟继而睁开眼睛，诉灸处热痛，经再连续捻针及灸至12壮神志清醒，能正常对答，乃给予糖盐水热饮，待神清，冷汗止，四肢复暖，脉起，血压稳定在120～130/65mmHg，而退针停灸，期间共捻针30min，重灸15壮，病情得缓，经观察数小时病情稳定，而送回家休息。翌日患者已能自行到诊，视之神志清爽，面色泛红，语言流畅，昨日治疗后尚感微眩晕，但今日除感微疲乏外，余无明显不适。心肺正常，血压120/70mmHg，苔薄润，脉缓，病已愈。



七、田从豁

气厥实证(癔症)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

张某,女,31岁,1954年1月21日初诊。患者主因"反复发作神志错乱,精神异常8年"前来就诊。患者1946年结婚,婚后与丈夫感情不和,后因其夫数日未归,疑其夫另有外遇,因而与其夫发生口角,并因此被其夫殴打而引发此病。当时患者突然昏仆,意识恍惚,躁动不安,口中咒骂不休,并时而捶胸拔发,时而大笑不止,发作时间1~5h,发作后遗有头痛、头晕、全身无力,2~3d后体力恢复正常,每月发作1~2次,很小的诱因即可诱发,虽经多种治疗,总未根治。来诊时正值发作,由家人抬至医院。当时查体:神志恍惚,语无伦次,瞳孔反射良好,四肢发僵,但腱反射对称正常,未发现神经系统阳性体征。诊断:中医为厥证(肝气郁结,气血逆乱);西医为癔症。治则:调和气血,镇静醒神。治疗:患者抬入诊室后,经简单的询问病史及查体后,认为是癔症性晕厥,即刻予针刺人中、承浆、合谷、少商、涌泉、大敦、鸠尾,针后患者意识清晰,安然欲睡,以后每隔1日针刺1次,取穴:合谷、太冲、大陵、大椎、肝俞、膈俞、心俞,连续治疗1个月,5个月后反复1次,经针刺人中、涌泉当时即愈。此后又针治3次。2年后随访病情稳定,未再复发。

【导读】

厥证是以突然昏倒,不省人事,四肢逆冷为主要临床表现的一种病证。病情轻者,一般在短时间内苏醒,但病情重者,则昏厥时间较长,严重者甚至一蹶不复而导致死亡。现代医学中多种原因所致之晕厥,如中暑、癔症、高血压脑病、脑血管痉挛、低血糖、出血性或心源性休克等,均属本病范畴。《黄帝内经》论厥甚多,含义、范围广泛,概括起来可分为两类表现:一是指突然昏倒,不知人事,另一是指肢体和手足逆冷。《诸病源候论》对尸厥的表现进行了描述。金元·张子和《儒门事亲》将昏厥分为尸厥、痰厥、酒厥、气厥、风厥等证。至明代《医学入门》进一步明确区分外感发厥与内伤杂病厥证。《景岳全书》提出以虚实论治厥证,以此作为辨证的重要依据,指导临床治疗。

本节所选医案的作者认为引起厥证的病因主要有情志内伤、体虚劳倦、亡血失津、饮食不节等方面。而其病机主要是气机突然逆乱,升降乖戾,气血阴阳不相顺接。厥证乃危急之候,当及时救治为要,醒神回厥是主要的治疗原则,但具体治法又当辨其虚实。开窍、化痰、辟秽而醒神,适用于邪实窍闭之实证;益气、回阳、救逆而醒神,适用于元气亏虚、气随血脱、津竭气脱之虚证。

朱汝功医案:病例为气厥,气厥之病名出自《素问·气厥论》。元·张从正说"暴怒而得之为气厥",朱丹溪也说"气厥者,与中风相似","风中身温,气中身冷"。朱氏所治病例起病于郁怒之后,发作均与情志怫郁有关,每次发病其身冷而无偏枯之症。朱氏遵古训而辨为气厥实证。由于反复发作,正气耗伤,取人中、神庭、大陵



以清心开窍，更配太冲、三阴交以顺气和营，气顺血和则五脏安定，神明归舍。朱氏临床治疗特点，是从整体观念出发辨证取穴，标本兼顾。

于书庄医案：于氏认为晕厥多由精神刺激或身体疲劳等因素导致短暂的意识丧失。治宜升阳复脉。令患者仰卧，头部放低，一般片刻即苏，所治病例辨证为气厥虚证。选用手厥阴络穴内关收效。

郑魁山医案：郑氏指出中暑多因暑热内迫，耗气伤津，阴阳之气逆乱所致。所治病例①、②中医均辨为暑厥，西医诊断为中暑。郑氏认为人中穴系督脉、手阳明和足阳明之会穴，是人体醒神开窍之要穴，昏迷者必先取之。病例①患者暑热壅遏，经络阻滞而昏厥，针刺人中以开窍醒神，配承浆、十宣用点刺法出血以泄暑热，调和阴阳之逆乱，配合谷、足三里以疏通阳明经气，故寒战、手足冰凉、胸腹灼热等症渐愈。病例②患者先以暑湿伤表为主，故取风池、百会、大椎、列缺、合谷、足三里等穴用烧山火法，促其出汗，以祛暑湿，汗出后身热恶寒得解；湿热内蕴为主，取中脘、天枢、气海、足三里等穴和中利湿以调之，而病愈康复。

司徒铃医案：所治病例①辨证为气厥实证。患者因情绪刺激，突然昏厥。针刺人中乃宣窍通神，灸百会、大椎、命门乃行气回阳救逆，针灸后立即苏醒。病例②辨证为暑厥。患者感受暑热之邪而发厥证。刺血双侧曲泽、委中以奏泄热开闭醒神之效，治疗后完全清醒。

方吉庆医案：所治病例①辨证为气厥实证，西医诊断为癔症性癫痫。选取针人中，开四关之法即愈。四关即双合谷和双太冲穴，合谷为手阳明经原穴，太冲为足厥阴肝经原穴，前者主气，后者主血，两者配合疏肝理气。人中为督脉穴，督脉循行入脑，刺人中能开窍醒神，故能收效。病例②属气厥虚证。与上例实证不同，针刺内关、气海后痊愈。内关为手厥阴心包经络穴，通于阴维，能宽胸理气；气海为任脉穴，为三焦之气出入之区，针刺加灸能温补元阳，调理气机。内关与气海配伍，能使清阳上升，浊阴下降，阴阳升降复常则晕厥可复。病例③辨证为血厥实证，西医诊断为血管性头痛。给予针刺合谷透劳宫、行间、涌泉即愈。合谷为手阳明大肠经原穴主气，劳宫为手厥阴心包经荥穴主血，行间为足厥阴肝经荥穴，主藏血。三穴配伍，能调节气机镇肝降逆。由于阳盛则热，再用泻涌泉法从阴引阳，引热下行以降逆气，且涌泉为足少阴肾经井穴，能开窍启闭。四穴相伍，共奏平降血气上逆之功而收效。病例④辨证为食厥。患者饭后复遇恼怒，气机上逆而厥。针刺中脘、内关、足三里后苏醒痊愈。中脘乃八会穴之一，与内关、足三里配伍，内关理气，中脘和中，足三里消食，共收理气和中，消食导滞之效。病例⑤、⑥中医均辨为痰厥。病例⑤患者素有痰湿，加炸辣椒被呛引起顿咳，痰壅阻塞气道而厥，针刺少商、内关、丰隆后苏醒。肺为贮痰之器，少商为手太阴井穴主气，能行气豁痰，开窍醒神；脾为痰湿之源，内关为心色经络穴联络脾胃，长于健脾和胃化痰；丰隆为胃经络穴为祛痰要穴，三穴配合有标本兼顾之妙。病例⑥患者因痰食阻塞气机，阴阳之气逆乱而



厥。针尺泽、丰隆、中脘，但在针刺的过程中无气至之感应，针后症状亦无变化，随即加灸中脘。灸后病者立即痰除气顺，神志清楚，言语自如。可见“寒证宜灸”是一个不容忽视的传统法宝。

陈全新医案：陈氏认为感受暑热熏蒸，骤然昏倒，病多急重，如不及时处理，则会引起不良后果。因此临症时首先区分是暑闭或暑厥。暑热内迫气火壅闭，热邪侵犯心包属于暑闭，治以泄热开闭法，针用泻法，十宣、委中刺血，禁灸。所治病例辨证为暑厥，西医诊断为中暑。此例虽为暑热薰迫所致，但其病机在于暑伤元气，正气耗散过甚，治应补气固脱，针灸并施。针刺用补法，宜多捻，至神清、脉起方可出针。重灸百会、神阙（隔盐），无问其数，以汗收、肢暖为度。补人中、涌泉，可开上焦清窍并扶阳益气；取内关、足三里，能振奋心主之功能及升提阳明经气；百会为诸阳之会，灸之可升阳醒脑；重灸神阙能回阳救脱。清窍得疏通，阳气得扶，心主得振奋，故厥症可除病得愈。

田从豁医案：田氏认为西医的癔症属于中医脏躁范畴，田氏认为由精神创伤引发者，症状多表现为发作性，发病急骤。因过劳、感染、创伤、中毒等原因致病者，症状多表现为持续性，发病过程较前者为缓。癔症症状复杂，但最多见的是癫痫样发作、言语障碍、内脏功能紊乱、精神障碍。在精神障碍中，以精神躁动为最多见。暗示疗法是临床上比较肯定的治疗癔症的方法，针刺治疗癔症疗效显著，二者若能结合则疗效更好。发作期或者症状较重者多采用四肢末梢的腧穴，用强刺激手法，缓解期或症状较轻者多采用感觉明确而刺激强度不太大的穴位。田氏所治病例辨为气厥实证，西医诊断为癔症。病程历时 8 年，虽经多种治疗，均未得到根治，田氏认为病患已久，脏腑气血失调，所以在对症治疗的同时，必须配合全身调整方可取效。

第二十九节　消　　渴

一、张涛清

阴虚燥热型消渴（非胰岛素依赖型糖尿病）《张涛清针灸治验选》

刘某，男，64 岁，退休干部。1984 年 1 月因感冒加之饮酒突然发病，出现口渴、多饮、多尿、乏力，身体逐渐消瘦。到某医院就诊，尿糖（卌），以糖尿病收住医院治疗，曾口服 D_{860}，每日 3 次，每次 2 片，同时给输液和口服维生素等药物治疗 1 个月余，上述症状好转，复查尿糖（+），临床症状好转而出院。1986 年 2 月初，因干活劳累，加之吃肉、饮酒而病复发，出现全身乏力，口干口渴，多尿，未经化验用中药治疗 10 余天，效不佳，遂于 1986 年 2 月 20 日来我院要求针灸治疗。检查：空腹血糖 194mg/100ml，尿糖（卌），24h 尿糖定量 7.2g，心电图正常，血压 142/72mmHg，舌质红，苔黄，脉沉弦。诊断为非胰岛素依赖型糖尿病。辨证：阴虚燥热型。治疗用



针刺膈俞(双)、肺俞(双)、足三里(双),用平补平泻进针后行提插捻转手法得气,留针20min,10min时行针1次,每日1次,为1疗程,并控制饮食,每日食主食300g。经治1疗程后,口干口渴减轻,乏力消失,空腹血糖135.3mg/100ml,尿糖(—),24h尿糖定量1.3g,治疗3个疗程后,口干、口渴、多饮、多尿均消失,检查空腹血糖104.7mg/100ml,尿糖(—),24h尿糖定量阴性,入院时的症状全无,病愈出院,5个月后随访,症情稳定。

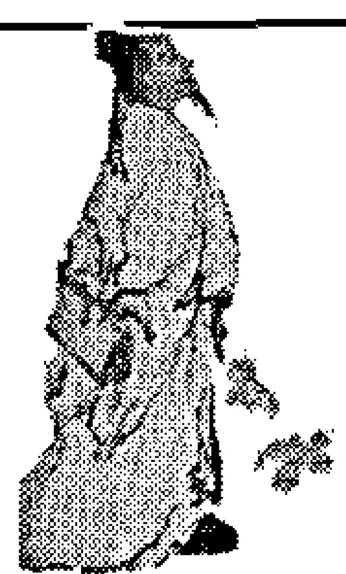
二、杨甲三

(一)胃火炽盛,化燥伤阴型消渴(糖尿病)《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

戴某,女性,41岁,工人,1992年4月13日初诊。缘外阴瘙痒1个月而就诊。患者由于外阴瘙痒在妇科就诊时,检查小便发现尿糖(卌),而空腹血糖为131mg/100ml,后又复查一次血糖仍明显增高。转至我处就诊时,主诉外阴瘙痒,口干喜饮冷,倦怠易疲劳,饮食可。查面红赤,身瘦,舌红少津,脉细数。嘱其再查血糖(包括空腹血糖、餐后2h血糖)、尿糖、糖化血红蛋白等指标,结果为空腹血糖187mg/100ml,餐后2小时血糖456mg/100ml,尿糖(卌),糖化血红蛋白14%,予以糖尿病确诊。开始进行针灸治疗,饮食加以控制。辨证:胃火炽盛,化燥伤阴。治法:清泄胃热为主,辅以养阴健脾。针灸处方:足三里、内庭、曲池、血海、三阴交、中脘、天枢、气海、百会、脾俞、胃管下俞、合谷、腕骨、次髎,隔日1次,每次留针20min。操作时重泻足三里、内庭、曲池、血海、次髎、天枢,合谷、腕骨先泻后补,余穴施以补法。经治5次后患者即诉症状有减轻,自检尿糖(+)至(++)。经治疗1个疗程(1个月)后复查空腹血糖为110mg/100ml,餐后2h血糖为189mg/100ml,临床症状基本消失。嘱其继续治疗第2个疗程。治疗结束后复查尿糖转阴,空腹血糖为100mg/100ml,餐后2h血糖为153mg/ml,糖化血红蛋白8.26%。此例患者为新发病患者,尚未采用药物治疗,病情较轻,故先嘱其进行饮食控制,同时给予针灸治疗,获得了良好疗效。

(二)脾气阴两虚,肝肾不足型消渴(糖尿病)《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

沈素琴,女,58岁,干部,1991年11月22日初诊。患者从1971年即开始患病,血糖控制不太稳定。就诊时诉乏力眠差,视物模糊,口干,纳食欠香,身痒,便秘难行,进食不当易致腹泻,下肢时有水肿。伴腰痛、双膝疼痛。检查:形体较瘦,舌质黯,舌体略胖,苔薄,脉沉细小滑。尿糖(卅),空腹血糖254mg/100ml,餐后2h血糖342mg/100ml,糖化血红蛋白8.30%。就诊时服用格列本脲每次2.5mg,每日3次,苯乙双胍每次25mg,每日3次。辨证:脾气阴两虚,肝肾不足,气虚血瘀。治法:益气健脾,养阴通络,调补肝肾。针灸处方:脾俞、肝俞、肾俞、胃管下俞、百会、



气海、中脘、天枢、足三里、三阴交、太冲、合谷、腕骨、睛明，每次留针 20min，隔日 1 次。睛明浅刺施以补法，天枢、足三里、合谷、腕骨平补平泻，余穴施以补法。患者接受针灸治疗后，由于其肾功能异常，嘱其停服苯乙双胍，格列本脲继续按原用量服用。1 个疗程后，患者精神状态较前转佳，临床症状有所减轻，复查空腹血糖为 201mg/100ml，餐后 2h 血糖为 310mg/100ml。尿糖平时自测(++)。在治疗结束时，除视物模糊略减外，其余诸症明显减轻，大便正常，小便调，双下肢无水肿。尿糖在(－)至(＋)之间，空腹血糖为 107mg/100ml，餐后 2h 血糖为 205mg/100ml，糖化血红蛋白为6.72％。根据患者血糖检测情况，可以逐渐减少格列本脲的使用剂量。

三、陈全新

肾阴虚，肺胃燥热型消渴(糖尿病)《陈全新针灸经验集》

梁某，女，46 岁，侨胞，1972 年 6 月 28 日就诊。主诉：口渴、尿频 3 个月余。病史：患者 3 个月前赴宴后第 2 天即感口渴、尿频，并出现神疲，肢怠，消瘦，善饥，继而出现皮肤瘙痒等症状。曾在当地医院就诊，检查：空腹血糖 13.3mmol/L，尿糖(++)，尿酮(－)，诊断为“糖尿病”。经内服降糖药物症状有所改善，今又出现眩晕、恶心等，故停药物，而来我院针灸治疗。既往体健。检查：患者面容憔悴，需人扶持进入诊室。心肺正常，肝脾未触及，腹股沟皮肤色素沉着，分布散在性丘疹，四肢末端浅感觉迟钝，膝反射迟钝，血压 140/70mmHg，体重 51kg。舌质淡，苔浊薄黄，脉滑细数。诊断：中医为消渴(肾阴虚、肺胃燥热)；西医为糖尿病。治法：滋肾润肺、清胃降火。治疗：平补肾经、任脉、督脉，以补肾阴之不足，平泻肺经、胃经以清燥热。选用太溪、关元、鱼际、足三里穴位。太溪、关元用补法，鱼际、足三里用泻法。进针得气后，气至迟缓，采用卧针 20min，在卧针期间反复施用催气法，以加强经络气血调和。2 诊：病者诉经针刺后疲乏、烦渴感减轻，尚善饥、尿频，舌、脉同前。治疗仍宗原意，加配右侧耳穴肾点埋针，以加强固本扶正。3 诊：神疲已改善，三消症状减轻，每晚排尿由原来 5～6 次减为 1～2 次，舌质淡，苔薄，脉滑细。此乃肾阴得补，阴液散布，燥火稍平。仍按原法治疗，加取孔最、阴陵泉泻之，肾俞补之，除去右侧耳针，选左侧肾俞埋针。4 诊：自感症状渐减，可步入诊室，舌质淡，苔薄，脉细。肾气始复，燥火渐退，针用平泻鱼际、中脘，补关元，除去耳穴埋针，改用梅花针轻叩膀胱经腰脊区，以疏通经络气血，调和阴阳。5 诊：患者面色苍黄渐退，言语清亮，步履稳健，每日饮水量减至 4.5kg，尚稍有饥饿感，尿频减至每日 4～6 次，可安睡。皮肤瘙痒明显减轻。6 诊：患者面色红润，体力佳，可步行 1km，饮水可自控，尚微口渴、间饥，皮肤不痒，体重增至 54kg。复查血糖正常。舌质淡红，苔薄白，脉细缓。经过 3 周调治，三消症状明显改善，肾阴得补，肺胃燥热渐平，筋骨得养，肢体活动自如，形体渐丰满。但正气未全复，继续取肺俞、孔最、足三里、三阴交为主调



和肺气，补益后天生化之源；兼培补肾阴，振奋肾阳，故配命门、肾俞、关元、中极、太溪，以巩固疗效。同时嘱咐患者自行艾条温灸脐下任脉经穴及足三里，早、晚各1次，每次30min。再治疗6周，病者每日可步行5km，口不渴，食量正常，尿正常。复查血、尿糖正常，体重增加2kg。面色红润，舌质淡红，苔薄润，脉缓，病已愈。终止针刺观察，嘱仍自行每日温灸脐下任脉、肾俞、三阴交等穴早、晚各1次，每次30min，连续2个月，每月复检血糖，随访6个月未见异常。

四、杨廉德

气阴两虚型消渴（非胰岛素依赖性糖尿病）《中国当代针灸名家医案》

张某，男，52岁，干部，1987年4月初诊。主诉：口渴多饮，易饥，多尿，身体消瘦3年余。病史：患者自觉口渴，多饮，多尿已3年余。初发时每日喝水3～4热水瓶，在某医院检查诊断为非胰岛素依赖性糖尿病，空腹血糖为15.54 mmol/L，尿糖（卅）。多次住院治疗，长期服用格列本脲、D_{860}及中药等，疗效不甚显著，空腹血糖在9.99～13.32mmol/L之间，并发眼底动脉硬化。1987年3月要求针治。症见：口干欲饮，多食，夜尿频繁，4～5次，自汗潮热，消瘦、乏力，自汗不止，大便干燥，视物模糊。检查：舌红少苔，脉细数无力。检查空腹血糖11.6mmol/L，尿糖阳性（卅）。诊断：消渴（糖尿病）气阴两虚型。治疗：益气养阴。取穴：肺俞、胰俞、脾俞、肾俞、太渊、太白、太溪。操作：背俞穴向脊柱方向斜刺0.5寸，行补法，不留针，原穴手足左右交叉配穴，留针15分钟。隔日1次。治疗12次后，病情明显好转，口渴多饮，多食基本消失，夜尿减少，视力亦有所提高。检查空腹血糖降至7.9mmol/L，尿糖（+），但仍自汗不止，上方去太溪，加泻合谷，补复溜，继针1疗程，症状消失，精神转佳，空腹血糖5.3mmol/L，尿糖转阴。再针1疗程以巩固疗效，同时嘱其严格控制饮食。随访2年，诸症好转，检查空腹血糖6.2mmol/L，尿糖（—）。

五、盛灿若

消渴（糖尿病）《中国当代针灸名家医案》

曹某，女，35岁，会计，1983年9月12日初诊。主诉：口渴、纳食多、小便多3个月。病史：患者3个月前因工作关系，与同事发生口角，以后闷闷不乐，遇事感厌烦、易怒，自从精神受刺激后，引起口渴，每昼夜要喝水5～6热水瓶，小便次数每昼12～15次，饮食由原每顿150～200g，骤增至300～350g，还感吃不饱，中间要吃零食。经市立医院查尿糖（卅），空腹血糖7.77mmol/L，饭后血糖（餐后2h）11.1mmol/L，诊断为糖尿病，口服苯乙双胍，每日3次，每次25mg，服药以后，开始20d内效果明显，饮水量减少2～3瓶，饮食自控，小便次数亦由原来的12～15次减为8～10次，血糖饭后2h降为9.99 mmol/L，尿糖变为（卄）。后继续服用苯乙双胍，效果不著，待3个月时检查症状与血、尿糖测定，基本上和2个月前相差无几，



遂前来要求进行针灸配合治疗。检查：表情郁闷不快，少言语，形体较消瘦，无力运动，面色黄少华。舌质红，苔薄黄，脉细数。诊断：消渴（糖尿病）。治疗：润肺，清胃，滋肾。取穴：肺俞、脾俞、肾俞、尺泽、足三里、太溪。操作：隔日 1 次，每次留针 20min，均用平补平泻法，10 次为 1 疗程。第 1 疗程时，苯乙双胍仍和以前一样照服，针至 1 疗程结束时，患者症状有明显好转，口不渴，小便每昼夜减为 6～8 次，尿糖（＋～卄）空腹血糖 7.21mmol/L，饭后 2h 血糖 8.88mmol/L。第 2 疗程开始嘱患者停服苯乙双胍，针灸取穴除上方原穴外，加用胰俞（第 8 胸椎棘突旁开 1.5 寸）、三阴交 2 穴，仍采用平补平泻法，留针 20min。第 2 疗程结束，患者症状又有减轻，接着又进行第 3 疗程，取肺俞、脾俞、胰俞、尺泽、三阴交，用平补平泻法，同时取肾俞、足三里、太溪，针灸并用，用补法，均留针 20min。待第 3 疗程结束，患者症状全部消失，血糖与尿糖均恢复正常，又予上穴原法巩固 5 次而停止治疗，至今已 10 个多月，未见复发。

六、蔺云桂

消渴（糖尿病）《中国当代针灸名家医案》

周某，女，54 岁，干部，1981 年 6 月 9 日初诊。主诉：多食、多饮、多尿年余。病史：患者 8 年前自觉胸闷，头晕，饥饿感，四肢无力，汗多，检查血糖 8.32mmol/L（150mg/100ml），尿糖（卌），当时没有用胰岛素类药物治疗，病情逐渐加重，故来求治。现食量每日 300～350g，饮水量每日 3 000ml，尿量 2 000ml，尿次数 9 次，小便黄色，口渴、口干，饥饿感，便秘，皮肤瘙痒，四肢酸痛，麻木，疲乏无力，记忆力减退，恶心，头痛，腰痛，多汗。检查：体重 60kg，血压 110/70mmHg（14.6/9.3kPa），脉弦，66/min，舌质红，苔淡白而薄。X 线透视：心肺正常。心电图正常，超声波检查为脾（－）、胆囊（－），肝剑突下 2cm，较密集波。视力：左眼 0.6，右眼 0.7，两眼晶体透明较差。血糖 8.6mmol/L（155mg/100ml），尿糖（卄），血红蛋白 105g/L，红细胞 3.75×10^{12}/L（3 750 000万/mm^3），白细胞 4.0×10^9/L（4 000/mm^3），中性 0.67，淋巴 0.27，嗜酸 0.04，单核0.02。尿蛋白（－），上皮细胞0～10 个/Hp，总胆固醇 6.5mmol/L，三酰甘油 0.77mmol/L，α 脂蛋白 0.33，β 脂蛋白0.57，麝絮（－），锌浊 7U，谷-丙转氨酶（－）。诊断：消渴病（糖尿病），上、中、下消。治疗：清心调胃，滋补肝肾。取穴：①足三里、内关、中脘；②命门、身柱、脾俞；③鱼际、气海、关门；④脊中、肾俞；⑤华盖、梁门；⑥大椎、肝俞；⑦行间、中极、腹哀；⑧肺俞、膈俞、肾俞。操作：8 组穴位轮换使用，每次灸 10～30 壮，艾炷底直径 1cm，隔日灸 1 次。共计治疗 48 次，时间 100d，口渴口干无，夜尿 1 次，饥饿感无，皮肤瘙痒无，四肢酸痛无，恶心无，无力疲乏改善，多汗与麻木无改变；其中口渴和饥饿感消失最快，灸治 6～7 次消失。血糖 64mg/100ml，尿糖（－）。随访，1982 年 2 月 1 日，停灸后 4 个月饮食量不控制，每日进食约 600g，情况良好，尿糖（－）。



七、钟梅泉

胃燥阴伤型消渴(糖尿病)《中国梅花针》

张某,男,35岁,干部,1962年9月18日初诊,糖尿病1.5年。食量显著增加,24h要喝20杯水,小便频数,大便干,神乏无力,自汗,头昏,留在北京某医院检查,诊断为糖尿病,并住院治疗,症状缓解而出院,每天仍注射胰岛素并控制饮食,但病症复现,要求用梅花针治疗。检查:血压120/80mmHg(16/10.7kPa),血糖14.99mmol/L,尿糖(卌)。胸椎5～12两侧可摸到条索及压痛,下颌部有结节并有压痛。脉细数尺弱,苔薄质淡少津。证属胃燥阴伤,属中消。拟以清胃养阴为治。根据病证,选用后颈部、骶部、乳突区、胸椎5～12两侧、曲池、内关、足三里、大椎、中脘、阳性物处进治。采用梅花针治疗,胰岛素和饮食控制照常。经治疗14次后,血糖降至6.77mmol/L,尿糖阴性,症状好转。完全停用胰岛素,进普通饮食,经查血糖波动升为8.22mmol/L。后又恢复注射胰岛素1/2量,结果血糖保持6.66～7.22mmol/L。共治疗77次,症状消失,血糖保持正常范围,尿糖阳性,无不适感,停诊观察。

八、焦顺发

消渴(糖尿病)《头针》

徐某,女,53岁,工人。主因:烦渴、多饮、多尿、消瘦5年余。病史:5年前无特殊诱因开始多饮、多尿、易饥、多食,烦渴明显。每天饮水8 000～10 000ml。常有尿意感,每小时尿1～2次,每晚尿7～8次。每次吃350～400g,饮1 500ml,但是逐渐消瘦而疲乏。尿糖(卌)。先后服D_{860}、苯乙双胍、六味地黄丸等药,不仅无效而且腹胀及关节痛,视物不清,入睡困难。1978年6月6日来诊。检查:神清,面容憔悴,消瘦,体重48kg。脉搏84次/min,心律齐,各瓣膜无杂音,肺清无啰音。肝脾未触及,眼底右额下有片状蜡样改变,双胫前有可凹性水肿,尿糖(卌)。临床诊断:糖尿病。选区:选双侧足运感区及生殖区,每日1次。疗效:经2次治疗后,患者有精神,能入睡,眼看东西亮了,饮水及排尿明显减少。针7次后精神更好,1日饮水仅1 500ml左右,每昼夜排尿7次。针10次后腹胀及双下肢水肿消失,易饥多食也消失。针20次后体重增加到51.5kg,每日食500g左右,饮水仅1 500ml,但化验尿糖仍为(卌)。针70次后疗效巩固。

【导读】

消渴是以多饮、多食、多尿、乏力、消瘦,或尿有甜味为主要临床表现的一种疾病。现代西医学的糖尿病、尿崩证属于本病范畴。在世界医学史中,中医对本病的认识最早,且论述甚详。消渴之名,首见于《黄帝内经》,并有消瘅、肺消、膈消、消中等名称的记载,认为五脏虚弱,过食肥甘,情志失调是引起消渴的原因,而内热是其

主要病机。汉·张仲景《金匮要略》中有专篇讨论，并最早提出治疗方药。隋·巢元方《诸病源候论·消渴候》指出"其病变多发痈疽"。《外台秘要·消中消渴肾消》引《古今录验方》指出"渴而饮水多，小便数……甜者，皆是消渴病也"，"每发即小便至甜"，"焦枯消瘦"是消渴的临床特点。刘河间在《宣明论方·消渴总论》说：消渴"可变为雀目或内障"。元·张子和《儒门事亲·三消论》说："夫消渴者、多变聋盲、疮癣、痤痱之类"，"或蒸热虚汗，肺痿劳嗽"。明·戴思恭《证治要诀》明确提出上、中、下之分类。《证治准绳·消瘅》认为"渴而多饮为上消(膈消)，消谷善饥为中消(消中)，渴而便数有膏为下消(肾消)"。明清之后，对消渴的治疗原则有了更为深入的研究。

针灸治疗消渴，古代文献记载始见于《针灸甲乙经》，皇甫谧首先确立了辨证取穴针刺治疗的法则。针灸治疗消渴，兴盛于晋朝以后，唐·孙思邈指出："凡消渴病经百日以上者，不得灸刺，灸刺则于疮上漏脓水不歇，遂致痈疽，羸瘦而死……慎之慎之，初得患者，可如方灸刺之佳。"(《备急千金要方·卷二十一消渴》)孙氏的告诫，使后代医家运用针灸治疗消渴，持十分慎重态度，形成了针灸治消渴病起步虽早、但发展慢、后世应用较少的局面，在1951年针灸治疗消渴重新崛起。

本节所选医案的主治医家认为消渴的病因比较复杂，禀赋不足、饮食失节、情志失调、劳欲过度等原因均可导致消渴。消渴病变的脏腑主要在肺、胃、肾，其病机主要在于阴津亏损，燥热偏胜，而以阴虚为本，燥热为标，两者互为因果。治疗大法为清热润燥、养阴生津。由于本病易并发痈疽、眼疾、劳嗽等症，还应针对具体病情及时合理的治疗并发症。

张涛清医案：张氏认为我国对糖尿病的认识最早，公元前400年《黄帝内经》就有记载，称之为"消瘅"、"消渴"，虽属顽疾之列，但仍属可治。张氏所治病例辨证为阴虚燥热型消渴，西医诊断为非胰岛素依赖型糖尿病。张氏应用江西中医学院魏稼教授取阳经穴方：膈俞清泄血热，调理虚损；肺俞清上焦之火，退诸脏之热；足三里大补中州之气，散布水津。经治3个疗程后症状全无，实验室理化检测正常。根据张氏对糖尿病的针灸治疗的临床观察和实验研究证实，针灸用于糖尿病的治疗，是值得重视的。

杨甲三医案：杨氏以针刺治疗糖尿病为题进行了临床研究，认为消渴的发病往往因"消"而致"渴"，病变的基本点在于消。消既反映了消渴的病机在于内热消灼，也反映了气血消耗、肌肉消瘦的证候特点。渴乃是因消作用于机体，津液被消耗而造成的一个症候表现。因此对消渴的认识应基于对"消"的分析和探讨，只有如此才能对消渴病有深刻而透彻的认识。关于发病脏腑杨氏认为消渴由于体内蕴久而热结，消灼津液，以致脾阴虚，不能为胃行其津液，胃阳燥热，脏虚而腑实，脏虚则精不得藏，腑实则热蕴中焦，消谷而善饥，虽食多却身瘦。脾虚不能使津液上承，母病及子，则肺燥津亏，饮水以自救，故而口干多饮。脾虚升清无权，脾气下陷而膏汁下



流，水谷精微从小便而出，因此消渴的发病脏腑在于脾胃，病理基础为脾胃运化升降失常。基于以上对消渴的基本认识，杨氏设计了养阴益气、健脾升清、泄胃润燥的治法。选穴以俞穴、募穴为主，选取脾俞、胃管下俞、合谷、腕骨、天枢、中脘、气海、百会、足三里、三阴交等为治疗消渴的基本组方。其中脾俞有健脾升清之功能，可以调和脾脏。中脘可和胃健脾，通调腑气。天枢有调理升降、泄胃通肠之功。腕骨、合谷可以扶正祛邪，且腕骨乃治疗消渴之传统穴。气海益气健脾升清。三阴交可健脾养阴，兼调肝肾，与脾俞相合，以养阴益气，健脾升清。足三里可清降胃热而润燥，且为人身之强壮穴，可以调理气血。百会穴可通治百病，取其升提之功。胃管下俞又称胰俞，乃经外奇穴，为治疗消渴病的专用穴，可以调理脺脏。所治病例①辨证为胃火炽盛，化燥伤阴型消渴，西医诊断为糖尿病。因患者为新发病例，热象较重，在控制饮食同时给予针灸治疗。治疗方选足三里、内庭、曲池、血海、次髎、天枢采用重泻手法清泄胃热，合谷、腕骨先泻后补，三阴交、中脘、气海、百会、脾俞、胃管下俞等穴施以补法养阴健脾。获得了良好疗效。病例②辨证为脾气阴两虚，肝肾不足型消渴，西医诊断为糖尿病，治疗方选睛明浅刺施以补法明目；天枢、足三里、合谷、腕骨平补平泻益气健脾；脾俞、肝俞、肾俞、胃管下俞、百会、气海、中脘、三阴交、太冲施以补法养阴通络，调补肝肾。不仅减少药物用量，且症状明显改善，临床证实杨氏的处方有较好疗效。

陈全新医案：陈氏对针灸治疗糖尿病特别强调操作前针刺部位必须经严密消毒，以防感染。同时，艾宜悬灸，以防灼伤皮肤，引起感染。如患者在接受针灸前已服用降糖药或注射胰岛素，针灸时仍应按原剂量应用，待病情改善后，则可逐渐减量以至停用药物，治疗期间，应按要求配合控制饮食。陈氏所治病例辨证为肾阴虚，肺胃燥热型消渴，西医诊断为糖尿病。患者先天禀赋不足，素体脏腑亏虚，肺肾亏虚；加之饮食不节，胃中积热，而发为消渴。治疗以平补肾经、任脉、督脉，以补肾阴之不足，平泻肺经、胃经，清燥热，采用标本同治，着重治本的原则。选用太溪、关元用补法，鱼际、足三里用泻法，如得气迟缓，采用卧针，期间反复施用催气法，以加强经络气血的畅通与调和。治疗中配耳穴埋针，用以加强固本扶正作用；使用梅花针轻叩膀胱经腰脊区，以疏通经络气血，调和阴阳；同时嘱咐患者自行艾条温灸脐下任脉经穴及足三里 30min，早、晚各 1 次。病愈后仍嘱每日自行温灸脐下任脉、肾俞、三阴交等穴 30min，早、晚各 1 次巩固疗效，体现出多种疗法的综合作用。

杨廉德医案：杨氏认为临床实践及实验研究证明，针灸治疗糖尿病具有一定的效果，它能对血糖及尿糖起到一定的控制作用，并具有调整胰岛素功能的作用。治疗应以选取背俞穴及相应的原穴为主，属俞原配穴法，治疗时可根据本虚标实进行补泻，辨证用穴，如多饮、烦渴、口干者，泻肺俞；多食易饥、便结者，加泻胃俞，去脾俞；视物模糊加补肝俞；兼有气滞血瘀者加膈俞；皮肤瘙痒者加心俞、膈俞；自汗不止加泻合谷，补复溜等。杨氏所治病例辨证为气阴两虚型消渴，西医诊断为非胰岛



素依赖性糖尿病，嘱患者严格控制饮食的情况下，选取肺俞、胰俞、脾俞、肾俞、太渊、太白、太溪等俞原相配。背俞穴向脊柱方向斜刺，行补法，不留针，原穴手足左右交叉配穴，留针，经治诸症好转，理化指标检测正常。

盛灿若医案：盛氏认为，西医糖尿病证属中医"消渴"范畴，其治疗应以养胃生津，润燥清热为主，所以初起之时不宜应用灸法，待治疗一段时间后，症状基本控制后，再配合灸法。因消渴以肾虚为根本，所以治疗应以灸法、补法、与肾有关的穴位为主。盛氏主张开始针灸治疗时，不宜立即停用药物治疗，待针灸治疗一段时间后，再行停药，这样可以保证取得较好的效果。治疗糖尿病，应分阴虚和燥热的主次，通常是在燥热为主的情况下，穴用平补平泻法或泻法；而以阴虚为主的情况下，应以补法为主；如果阴虚与燥热同时并重，应以平补平泻法为主。盛氏所治病例为消渴，西医诊断为糖尿病，取穴：肺俞、脾俞、肾俞、尺泽、足三里、太溪平补平泻，以润肺清胃滋肾。第 2 疗程加用胰俞第 8 胸椎棘突旁开 1.5 寸、三阴交采用平补平泻法。第 3 疗程治疗同前，但肾俞、足三里、太溪采用补法，针灸并用，治疗中逐渐减量并停用降糖药物，患者症状全部消失，血糖与尿糖恢复正常，充分体现出盛氏的治疗特点。

蔺云桂医案：蔺氏认为针灸治疗消渴古代文献记载较多，但后世应用较少，近年来，国内外学者开始研究，有按上、中、下三消分证论治者、有从脾胃论治者、有单纯针刺者、有单用灸法者，均取得满意疗效。蔺氏所治病例，三消俱兼，治疗困难，他以上、中、下消同治之法，拟定 8 组穴位，既取手太阴及上焦部位腧穴，又取中、下焦部腧穴，轮换使用，且用重灸之法，每次灸 10～30 壮，艾炷底直径 1cm，隔日 1 次，可收清心肺，补肺阴，引心火外越，调脾胃，滋津液，散胃热，滋补肝肾之效。患者情况良好，理化指标检测正常。

钟梅泉医案：钟氏认为梅花针对本病有一定疗效，可使症状明显减轻，临床应与药物等其他方法配合治疗。消渴患者在胸椎 1～12 两侧可摸到条索及压痛，腰、骶部有泡状软性物，三阴交穴有压痛，下颌部可摸到结节及压痛。小腿内侧有明显压痛。针对本例胃燥阴伤型消渴，可选用后颈部、骶部、乳突区、胸椎 5～12 两侧、曲池、内关、足三里、大椎、中脘、阳性物处进治。一般采用轻度或中等程度刺激。在阳性物和阳性反应区则采用较重刺激手法。经治症状消失，理化指标检测正常。临床还应注意针对兼症进行治疗，如伴失眠、梦多者，重点叩打神门或内关、百会、心俞、后颈部、骶部；皮肤瘙痒者，重点叩打后颈部、骶部、风池、曲池、血海；皮肤生疖肿者，重点叩打胸椎 3～12 两侧、合谷、心俞、肺俞、脾俞、足三里，在疖肿周围密刺，手法宜轻刺激。

焦顺发医案：焦氏认为采用头针治疗消渴，可选取双侧足运感区及生殖区，每日治疗 1 次，对多饮、多尿有一定疗效。焦氏所治消渴病例，西医诊断为糖尿病，其烦渴多饮、多食易饥、多尿消瘦症状明显。每日饮水达 8 000～10 000ml，经 20 次



治疗后虽然检测尿糖从(卌)只减为(卅),但临床症状改善明显,烦渴多饮、多食易饥、多尿消瘦消失,故此头针的疗效是肯定的。

第三十节　瘿　瘤

一、郑魁山

(一)情志抑郁,气血凝结型瘿瘤(甲状腺肿瘤,甲状腺功能亢进)《郑氏针灸全集》

朴某,女,31岁,会计。结婚后因心情不舒,常生闷气,颈部起一肿物,逐渐变硬已3年,北京市某医院诊断为"甲状腺肿瘤"、"甲状腺功能亢进",治疗效果不显,医院建议手术切除。检查:结喉下、天突穴上有一核桃大小、坚硬如石的肿块,推之不移,皮色不变,面色皖白无华,舌质红,苔薄白,脉细数(96次/min),辨证系情志抑郁,气血凝结所致。采用理气活血、消坚散结之法。用左手拇食二指捏提肿物,右手持针向肿块正中刺入,人迎透扶突,用左手拇食二指将胸锁乳突肌提起,右手持针沿左手拇指指甲向扶突穴透刺,内关、三阴交用平补平泻法,留针20min,每日1次。治疗到3月27日,针达10次时,肿物逐渐缩小,精神面色好转,脉稍细(80/min)。再配水突、合谷,与上述穴位加减应用,改为每周3次。治疗到4月25日,针达22次时,肿物完全消失,治愈停诊。1953年5月2日随访未再复发。

(二)肝郁不达,气滞痰凝型瘿瘤(地方性甲状腺肿)《郑氏针灸全集》

李某,女,32岁,售货员。因颈前部肿大4年,1970年2月15日初诊。患者于1966年因和邻居生气后颈前部开始肿胀,逐渐增大,现在感到胸闷,有时心慌、心跳,烦躁失眠。检查:发育营养中等,形体较瘦,面色黄,心肺未见异常,甲状腺呈Ⅱ度肿大,有结节,舌苔薄白,脉弦滑,80/min。西医诊断为地方性甲状腺肿,中医辨证系肝郁不达、气滞痰凝。采用消坚散结、疏肝理气之法治之。取阿是穴(甲状腺肿处),用围刺提插平补平泻法,留针20min,每日1次,针治2次时,自觉肿处轻松,见消。则改为每周针治3次,治疗至3月18日,针达15次时,肿物和结节完全消失,治愈停诊。1972年1月15日随访,情况良好。

二、于书庄

肝郁气滞,痰湿凝聚型瘿瘤(甲状腺肿)《于书庄针灸医集》

马某,女,33岁,1979年5月14日初诊。病史:颈部肿物3个月余。伴有心慌心悸,胸闷气短,失眠多梦,周身肿胀感,肿物于月经期明显增大,纳可,二便调。病后曾去某院检查,诊为"甲状腺瘤,冷结节",服中药治疗未见明显效果。检查:颈部肿物4cm×4cm,质硬,随吞咽上下移动,舌质淡,脉沉细。辨证:证系肝郁气滞,痰

湿凝聚，结于颈部发为瘿瘤。治法：治以疏肝理气，散结消肿。治疗经过：肿瘤旁针刺，大椎、膻中、合谷、足三里，每周 1～2 次，留针 30min。手法：肿瘤旁针刺，即肿瘤旁刺入，深度为肿物的 1/2，稍停片刻，施慢提紧按法 30～50 次，提插毕即起针。针后肿物当即变软，如若消失，待 2～3d 后气瘿又凝聚，但随着针刺次数增加肿物逐渐缩小而消失。合谷施行气法，针入 2～3 分深，轻轻捻针，针感即沿经到达大椎，再由大椎到颈部肿物，到达后患者自觉肿物内热感。此法到了肿物摸不清时尤为重要，因为此时针刺局部有刺伤内脏之虑，故局部停针而只针合谷。经治 26 次后肿物缩小为 2cm×2cm，33 次后为 1.5cm×1.5cm，35 次肿物消失，共治疗 38 次，诸症消失。

三、田从豁

气郁痰结型瘿瘤（亚急性甲状腺炎）《中国当代针灸名家医案》

宋某，女性，27 岁，学生，1981 年 3 月 3 日初诊。主诉：右颈部肿痛 10 余天。病史：患者 1981 年 2 月 17 日晨起突感颈部疼痛，随即发现右侧颈前区有 1 肿块，如鸽子蛋大，随后肿块渐肿大，疼痛明显，并向下颌、身后放散，颈部发紧，如绳所缚，吞咽时似有异物堵塞，胸闷气憋，烦躁易怒，两胁胀满，心悸，四肢无力，近年来纳呆，消瘦，易闷气，心情不畅。检查：右侧颈部肿大，皮色正常，舌质淡红，苔白薄而腻，脉弦滑。右侧甲状腺肿大 5cm×5cm，随吞咽动作上下活动，表面光滑，质地硬韧，压痛（卌），肿块疼痛以颈部活动时为甚，放射性核素（同位素）碘扫描，提示为冷结节。诊断：瘿瘤（亚急性甲状腺炎），气郁痰结型。治疗：理气解郁、消痰破结。操作：先取大椎、合谷（双）、风池（双）给以中、重度刺激，再于肿块周围分上下左右取 4 个针刺点，进针后斜向肿块部刺入，针尖触及到肿块时，停止进针，施以雀啄捣针震颤法（30～40 次），均留针 10min，其间行针 3 次。2 诊：自觉颈部轻松，疼痛减轻，放射痛消失。仍有堵塞感，肿块变软，压痛（卄）。再刺肿块周围 4 针，针法同前，取双侧风池、足三里，中度刺激。3 诊：颈前肿块变平，触之深部肿块 2cm×2cm，压痛（＋）。偶有胸憋，脉细弦、苔薄白，针刺水突、阳陵泉均双侧，中等程度刺激，留针 15min。4 诊：肿块已基本消失，压痛（－），患者精神愉快，睡眠良好，饮食倍增，继用上穴。2d 后复查，随诊观察 5 个月，未见复发。

四、黄莱活

痰气郁结型瘿瘤（单纯性甲状腺肿大）《中国当代针灸名家医案》

阎某，女，40 岁，1987 年 3 月 4 日初诊。主诉：咽喉部有一椭圆形肿块，如拇指大，已 6 个月余。病史：患者于 6 个月前偶然发现咽喉部有一椭圆形肿块，逐渐增大如拇指大。自发病以来，自觉胸痛，项背部牵痛，转动尤甚。性情急躁易怒，饮食尚可，二便正常。检查：颈部活动自如，无颈静脉怒张，颈部可触及拇指大小一肿



物，按之不痛，表面平滑，活动度良好。双目有神，发育良好，步态正常。舌质红，苔薄黄，脉弦。诊断：瘿瘤（单纯性甲状腺肿大），痰气郁结型。治疗：解郁化痰，散结消瘿。取穴：丰隆、合谷。操作：上述穴位，均用平补平泻手法，间日针刺 1 次。针刺 10 次后，颈部略感舒适，肿块较前稍软。按上穴继针 10 次后，颈部肿块渐平软，胸部疼痛已愈。以后又加刺肝脾俞、血海，连续针刺 20 余次，颈部肿块完全消失，其他兼症随之痊愈。

五、贺普仁

气机不畅，瘀阻经络型瘿瘤《针具针法》

路某，女，21 岁。喉部左侧发现一肿块月余，发堵，吞咽不便，食欲、二便正常，经期不准，量少。左侧甲状腺肿大如胡桃大小，可随吞咽作上下移动，舌质淡，苔薄白，脉沉细。诊断为气机不畅，瘀阻经络，结于喉间。治以解闭通结。取穴：俞府、照海、肺俞、阿是穴。用中等火针速刺阿是穴，其他穴位用毫针刺之。经 4 次治疗后肿物渐消，再连续针 4 次后肿瘤自灭，病已基本痊愈。

六、王秀珍

（一）瘿瘤（甲状腺腺瘤）《刺血疗法》

袁某，男，38 岁，干部。患者因左侧颈部长一肿块，3 个月未消，伴头昏、乏力、心悸、性情急躁、易出汗。经某医院检查诊断为甲状腺腺瘤，建议手术，未同意，1969 年 12 月 20 日来刺血科治疗。检查：消瘦，无突眼、手颤。在左侧颈部有 4cm ×4.5cm 大小之包块，表面光滑，随吞咽上下。基础代谢率测定＋5.5％。诊断：甲状腺腺瘤。治疗经过：取穴太阳、尺泽，针刺出血后，症状减轻，肿块开始缩小，1 个月内肿块完全消失而愈。

（二）瘿瘤（甲状腺乳头状囊腺瘤恶变术后转移）《刺血疗法》

李某，男，38 岁，工人。患者 1965 年春节期间，发现右下颌部有一 4cm×5cm ×3cm 包块，表面不红，质硬，按之不痛。服药治疗，反渐增大。9 月 15 日在省某医学院外科手术治疗。术中所见：右胸锁乳突肌深处有一 9cm×5cm×4cm 大小囊状物，和周围组织及血管粘连，术后局部照光 2 周。病理科报告（病理号：59399）为甲状腺乳头状囊腺瘤有恶变。11 月 8 日在该院外科准备行淋巴根治性切除术，手术准备就绪，患者突发高热，手术取消。先后去上海、南京等地求治，均建议做根治性手术，未同意。1966 年 7、8 月间发生声音嘶哑，颈部紧束不畅，消瘦、乏力，思想紧张，于 8 月 2 日经人介绍来刺血科治疗。诊断：甲状腺乳头状囊腺瘤恶变，术后转移。治疗经过：取穴太阳、委阳，针刺出血后，感到颈部松畅，声音嘶哑减轻。8 月 18 日复诊刺血尺泽，病情逐渐减轻，思想顾虑解除。9 月 6 日 3 诊，刺血曲泽、丰隆，诸症皆去，饮食增加，体质增强，痊愈。正常上班工作。10 多年来多次随访，身

体健康。

【导读】

瘿病是以颈前喉结两旁结块肿大为主要临床特征的一类疾病。古籍中有称瘿、瘿气、瘿瘤、瘿囊、瘿袋等名者。现代医学的单纯性甲状腺肿、甲状腺功能亢进症、甲状腺炎、甲状腺腺瘤、甲状腺癌等属于本病范畴。早在公元前3世纪，我国已有关于瘿病的记载。战国时期的《庄子》即有"瘿"的病名。而《吕氏春秋》不仅记载了瘿病的存在，而且观察到瘿的发病与地理环境密切相关。《三国志》引《魏略》记载，提示当时已经认识到本病的发生与情志因素有关，并有手术治疗瘿病的探索。晋代《肘后方备急》首先用昆布、海藻治疗瘿病。《诸病源候论》指出患病的病因主要是情志内伤及水土因素。《备急千金要方》、《外台秘要》对治疗瘿病的常用药物有海藻、昆布、羊靥、鹿靥等药已有认识。《圣济总录》指出，瘿病以山区发病较多，并从病因的角度进行了分类。《儒门事亲》指出常食海带、海藻、昆布可防治瘿病的方法。《外科正宗》认为瘿瘤主要由气、痰、瘀壅结而成，主要采用行散气血、行痰顺气、活血散坚等治法，至今仍为临床所习用。《杂病源流犀烛》指出瘿病多因气血凝滞，日久渐结而成。

本节所选医案的主治医家均认为瘿病的病因主要是情志内伤、饮食及水土失宜，但也与体质因素有密切关系。基本病机是气滞、痰凝、血瘀壅结颈前。治疗以理气化痰，消瘿散结为基本治则，瘿肿质地较硬及有结节者，可配合活血化瘀；火郁阴伤而表现阴虚火旺者，以滋阴降火为主。

郑魁山医案：郑氏认为单纯性甲状腺肿属于中医学瘿气、瘿囊范畴，多与七情不遂、肝郁不达、脾失健运、气滞痰凝有关。《素问·至真要大论》有"坚者削之"、"结者散之"的论述，《素问·阴阳应象大论》说："其实者，散而泻之"；《灵枢·小针解》篇说："菀陈则除之"、"邪胜则虚之"，是指气血积聚或痰湿凝滞，应用消法软坚磨积。临床可利用针灸经穴消积化滞、破瘀散结的作用，局部用围刺提插法，轻者不留针，重者留针10～20min，以消坚散结。在总结的60例中，有效率为96.7%，且病程短、肿物小、质地柔软的疗效好；病程长、肿物大，质地硬的疗效差。郑氏提示消法虽然没有重要禁忌，但体质虚弱的患者应当慎用。所治病例①辨证为情志抑郁，气血凝结型瘿瘤，西医诊断为甲状腺肿瘤，甲状腺功能亢进。郑氏采用理气活血、消坚散结之法。用左手拇食指捏提肿物，右手持针向肿块正中刺入，再用左手拇食二指将胸锁乳突肌提起，右手持针沿左手拇指指甲从人迎向扶突穴透刺，内关、三阴交用平补平泻法，治疗10次，肿物逐渐缩小，诸症好转。再配水突、合谷，改为每周3次。治疗22次肿物完全消失。病例②辨证为肝郁不达、气滞痰凝型瘿瘤，西医诊断为地方性甲状腺肿。采用消坚散结、疏肝理气之法。取甲状腺肿处用围刺（针在肿物周围向结节中间斜刺）提插平补平泻法，治疗15次肿物和结节完全消失。



于书庄医案：辨证为肝郁气滞、痰湿凝聚型瘿瘤，西医诊断为甲状腺肿。患者颈部肿物4cm×4cm大小，质硬，于氏采用疏肝理气，散结消肿法进行治疗。在肿物旁针刺，深度为肿物的1/2，配合针刺大椎、合谷以散结消肿，足三里健脾化痰，膻中疏肝理气。随着针刺次数增加肿物逐渐缩小而消失。治疗中体会到：针刺肿物局部有刺伤内脏之虑，后只针合谷施行气法，针入2～3分后轻轻捻针，针感即沿经到达大椎，再由大椎到颈部肿物，到达后患者自觉肿物内热感，此法到了肿物摸不清时尤为重要，经治38次诸症消失。

田从豁医案：素有脾虚，又因心情不畅，肝气郁结，郁久成痰，结于颈部，辨证为气郁痰结型瘿瘤，西医诊断为亚急性甲状腺炎。田氏以在肿块周围取穴为主进行治疗，疏通局部经络气血，使气行痰消。配合大椎、合谷行气化痰，使结破而肿消，足三里、阳陵泉理气健脾，疏肝解郁。田氏认为治疗瘿病，肿块围针强刺激是关键一环，将肿块周围分上下左右取4个针刺点，进针后斜向肿块部刺入，针尖触及到肿块时停止进针，施以雀啄捣针震颤法，在操作时，必须刺准，重刺，其局部围刺的破结消散作用，是药物所不及的。

黄荣活医案：黄氏认为痰、气、瘀三者结于颈前，是瘿病的主要病机，所治患者平素性情急躁，日久则伤肝，致使肝气郁结，郁结则气机不通，不能输布津液，津停日久，凝聚成痰，痰气交结，结于颈部，而成瘿瘤。而且气为血帅，气滞日久则血瘀，血瘀于颈，致使颈部肿硬或结节。故辨证为痰气郁结型瘿瘤，西医诊断为单纯性甲状腺肿大。治宜理气化痰，活血祛瘀为主。取合谷为手阳明之原穴，其经脉循经过颈，故可行气活血，以消颈部之结节。取丰隆为足阳明之络穴，其经脉循行亦过颈部，而丰隆又为“化痰之要穴”，用之可化痰解郁而散结。其病还可加刺天应穴（阿是穴），通调经脉之气，使气血运行通畅，共奏化痰解郁散结之功效。根据现代实验研究，针刺能促使甲状腺对碘吸收和提高利用，这是针刺治疗该病取得良好效果的机制所在。

贺普仁医案：贺氏主张运用火针治瘿气，比单纯毫针或药物治疗可明显缩短疗程，改善临床症状。所治病例辨证为气机不畅，瘀阻经络，结于喉间。治以解闭通结。取俞府、照海、肺俞用毫针刺之，阿是穴用中等火针速刺，连续治疗8次后基本痊愈。贺氏认为甲状腺处于颈部，周围大血管和神经分布较密，其自身血液供应亦充分，故在应用火针治疗，要掌握针刺的方向和深度，避开颈部重要血管和神经，以保障安全。

王秀珍医案：王氏认为肿瘤属中医的“癥瘕”范畴，癥瘕之起初为气机不利，久则脉络瘀阻，气血凝聚而成瘀血结块和癥瘕积聚，王清任说“无论何处皆有气血……气无形不能结块，结块者，必有形之血也。”《血证论》说“痰血在脉络脏腑之间，则结为癥瘕”。治疗当泻恶血通经络，使结块消散。针刺放血对甲状腺腺瘤有较显著的化瘀消癥作用。所治病例①辨证为瘿瘤，西医诊断为甲状腺腺瘤，取太阳、尺



泽刺血后，症状减轻，1 个月之内肿块完全消失而愈。病例②辨证为瘿瘤，西医诊断为甲状腺乳头状囊腺瘤恶变术后转移。患者病情较重，取太阳、委阳、曲泽、丰隆、尺泽等穴刺血 3 次后，饮食增加，体质增强，正常上班工作，10 多年来多次随访，身体健康。中医学认为针刺放血可疏通经络中瘀滞的气血，协调经络的虚实，有活血、化瘀、消癥作用，刺血的作用全在于此。

第三十一节　面　　瘫

一、陈全新

风寒犯络型面瘫（周围性面神经麻痹）《陈全新针灸经验集》

吴某，女，11 岁，学生，2002 年 10 月 16 日初诊。主诉：右眼闭合不全，口角向左侧歪斜 10d。病史：患者 10d 前起床漱口时，水从右口角漏出，才发现右眼不能闭合，流泪，口角向左歪斜，右颊颌内藏食物，经治疗未效，而来我院治疗。既往健康。检查：神清，右眼睑闭合不全，右额纹消失，不能做皱眉活动，右鼻唇沟变浅，口角下垂，歪向健侧，不能做吹哨活动，伸舌居中，四肢活动正常。舌淡红，苔薄白，脉细数。诊断：中医为口眼歪斜（风寒犯络），西医为周围性面瘫。治法：养血，祛风寒通络。取穴：攒竹、地仓、太阳、颊车、翳风、合谷。操作：攒竹、地仓、太阳、颊车、翳风用平补平泻法，合谷用补法，得气后，留针 20min，右面照磁灯。起针后用梅花针在患侧眼、面部轻叩刺。2 诊：患者诉经针刺后流泪减少。舌、脉同前。治疗仍宗原意，交替选穴。3 诊：诉右口颊藏食物减少。舌、脉同前，症状已改善，除按原法治疗外，加运动下区左，温灸风门、大椎每次 15min。4 诊：患者诉流泪消失，右眼闭合好转，额肌活动改善。舌淡红，苔薄白，脉细数。针平补平泻阳白、丝竹空、迎香、下关、风池，补足三里。梅花针轻叩刺患侧眼、面部。温灸肝俞、膈俞每次 15min。5 诊：患者诉右口角漏水、漏气现象改善，藏食物量明显减少。舌、脉如前，按 4 诊案治疗。患者共治疗 15 次，面瘫症状消失，病愈。

二、杨甲三

风热袭络，兼有瘀滞型面瘫（周围性面神经炎）《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

陈某，男，61 岁，干部，1994 年 5 月 13 日初诊。2 个月前无明显诱因，午休起后自觉左侧面部不适，左耳后疼痛，次日左口角歪斜，左侧额纹消失，闭眼不能。遂前往某医院内科就诊，诊断为周围性面瘫，给予泼尼松口服，维生素 B_{12} 肌肉注射等。经治疗 20 余天，未见明显疗效，又经某医院针灸中药治疗月余，无显著改善，前来求治。刻下症见：眠可，二便尚调，左侧口角无力，歪向右侧，偶见面肌抽搐，左侧额



纹消失，左眼闭合不全，时有流泪，左侧舌前味觉减退，舌黯红，苔薄微黄，脉滑。诊断：面瘫（面神经炎）。辨证：风热袭络，兼有瘀滞。治法：疏风活络，兼理瘀热。取手少阳、阳明经穴及颜面局部腧穴为主。针灸处方：阳白、丝竹空、攒竹、四白、颧髎、地仓、颊车、大迎、合谷、偏历、头临泣，刺法：采用多针浅刺之法。地仓、颊车从皮下肌肉浅层透刺，余穴皆浅刺0.1～0.2寸入肌肉浅层。留针20～30min，每周2次。1994年5月16日2诊，经针刺1次，面肌抽搐消失，眼周及面颊较前舒适，余症同前。1994年5月30日3诊，经5次治疗，左侧额纹出现，眼已能闭合，但仍不灵活，偶见流泪，味觉正常，口歪较前明显好转，但示齿时仍见歪斜。原方基础上加人中、承浆、目窗、睛明。睛明穴直刺0.1～0.2寸，以加强疏通口颊及眼部气血的作用。经15次治疗，至1994年7月9日，全部症状消失，闭眼开齿皆灵活自如。

三、杨永璇

（一）风邪袭络型面瘫《杨永璇中医针灸经验选》

孙某，男，62岁。初诊：昨起自觉左偏头痛，继则头眩而左侧面部感觉麻木，左额纹消失，眼睑不能闭合，迎风流泪，口角向右歪斜，咀嚼不便。脉弦细，苔薄腻。症由情绪紧张，睡眠不足，疲劳过度，风邪乘隙而入，即河间所谓内火召风。病在足阳明、足少阳之经，治当升清化浊，熄风通络。针灸方法：取太阳（左）、下关（左）、翳风（左）、合谷（右）（均泻法），用捻转补泻法，地仓（左）沿皮刺透颊车，阳白（左）沿皮刺透鱼腰，迎香（左）向睛明沿皮刺1寸。太阳、下关、地仓出针后拔火罐。2诊：第3d，即间隔1天。症状略见改善，左侧颈项疼痛，伴有牵掣感。脉弦细，苔薄。风邪未除，接守原意出入。针灸方法：同上方加风池（双），风池沿皮刺斜向风府，余依上法。3～4诊：连续2次，上方每间隔1d针治1次。5诊：第9天，即间隔1d。左侧面部麻木显著好转，口角歪斜逐渐牵正，左额纹显见，目能闭合，饮食咀嚼渐便。脉弦细，苔薄。风邪渐撤，筋脉徐舒。仍守前法。针灸方法：同上。续治3次，上方每间隔1d，针治1次。症状完全消失，停针。

（二）外邪袭络型面瘫（面神经麻痹）《杨永璇中医针灸经验选》

李某，女，41岁，发病2周前，右耳垂后胀痛，继则出现面部麻痹，右眼开合不便，谈笑时口角向左倾斜，迎风流泪，口角流水，咀嚼不便，病已1个月，始来就诊。诊见右眉牵动时额纹不显，眉肌竖动不灵活，卧蚕纹消失，右眼不能闭合，口角向左歪斜，脉细弦，苔薄白。此由睡眠不足，疲劳过度，外邪乘虚袭入，遏于阳明少阳之络，治宜疏化通络。处方：太阳（右）、下关（右）、颊车（右）、阳白（右）（以上泻法，针后加拔火罐），用捻旋补泻法。翳风（右）、地仓（右）、列缺（左）（以上泻法，留针15min），用捻旋补泻法。2诊（第3天）：颜面麻木显著改善，闭眼隙缝缩小，但额纹未显现，口祸如前，治守前法。针法同上。3～4诊：按上方间隔日针1次，连续2次。5诊（第9天）：面瘫显著好转，额纹已显现，眼能闭合，口歪已牵正，但不能吹



气，脉缓苔薄。风邪已撤，筋脉已舒，仍守原意。处方：上方加颐中(右)(平补平泻)，用捻转补泻法，留针 15min。6 诊(第 11 天)面瘫经治疗后，症状已消失，早晨漱口时已能自动吞吐漱水，乃停止治疗。

(三)面瘫(面神经麻痹)《杨永璇中医针灸经验选》

严某，男，50 岁。数年前患左面神经麻痹，经毫针针刺治愈，目下又患左周围性面神经麻痹，口眼歪斜，闭目留缝 2mm～3mm，无力闭紧，口角明显㖞向右侧，左鼻唇沟消失，吹气试验(＋)，鼓腮左侧不能，抬眉左侧额纹消失，肌电图检查，左额肌、上唇方肌及口轮匝肌在放松时均有小量纤颤电位及正相电位，直流电刺激左面神经根部(乳突部)，未见上述三块肌肉收缩放电现象，证明左侧面神经变性，先后经过中西药物治疗，理疗及常规针灸疗法 2 个月均未取得效果。此后改用七星针叩打配合拔火罐治疗，选用阳白、太阳、颧髎、地仓、颊车交替治疗，每周 2～3 次，经过 2 个月治疗，临床症状明显好转，肌电图的异常电位(指纤颤电位与正相电位)均已消失。

四、于书庄

(一)寒邪偏盛型面瘫《于书庄针灸医集》

时某，男，48 岁，1980 年 2 月 25 日初诊。病史：3d 前，午睡后自觉左脸不适，当晚发现口眼歪斜，漱口时漏水，耳后头项疼痛，塞饭，流泪，左脸发紧、麻木，饮食二便如常，口干虽饮水而不解。检查：左额纹变浅，皱眉力弱，眼闭合不全，不能耸鼻，鼓腮漏气，示齿不对称，口歪向右，苔白厚略黄，脉沉滑。辨证：证属阳明、太阳、少阳、足厥阴。治疗经过：取穴：①阳白、四白、人中、承浆、下关、地仓透颊车、完骨(热手法)、合谷、外关(行气法)，治疗 7 次。②前组穴去四白、承浆，加太阳、迎香、足三里，治疗 6 次。③阳白透鱼腰、迎香、颧髎、地仓透颊车、完骨(热手法)、合谷(行气法)，治疗 8 次。共治疗 21 次。1983 年 2 月随访病愈。

(二)寒邪偏盛型面瘫《于书庄针灸医集》

芦某，女，44 岁，1985 年 2 月 12 日初诊。病史：发病前眉棱骨痛 5～6d，3d 前出现口眼歪斜、流泪、眼跳，无塞饭、漏水、耳聋等症状，味觉正常。检查：右额纹变浅，不能皱眉，闭目无力，不能耸鼻，鼓腮漏气，右鼻唇沟浅，人中沟歪向左，口歪明显，完骨压痛(卄)，苔薄白，脉浮弦，辨证：证属阳明、少阳。治疗经过：取穴阳白、四白、地仓透颊车，翳风与完骨交替取用(热手法)，合谷与外关交替使用行气法。共治疗 10 次，其中火针与针刺并用 4 次，单纯针刺 6 次。火针点刺穴位，阳白、完骨、颧髎、太阳、下关、颊车，每次点刺 3～5 针。

(三)寒邪偏盛型面瘫《于书庄针灸医集》

尹某，女，40 岁，1979 年 4 月 7 日初诊。病史：右口眼歪斜 1 个月，自 3 月 5 日始则右眼视物不适、流泪，继而口眼歪斜，病后即赴某院针灸治疗 20 多天未效，故



来我院就诊。检查：其右侧额纹仍浅，右眼不能闭合，眼裂约 0.5cm，皱眉、耸鼻力弱，鼓腮漏气，食物滞留，口歪明显，人中沟歪向左，右耳周围疼痛，苔薄白，脉沉细。辨证：证属阳明、少阳经。治疗经过：共治疗 7 次，其中印堂、阳白交替放血 2 次，印堂与完骨交替刺血敷姜 4 次。治疗 14d 而愈。

(四)热邪偏盛型面瘫《于书庄针灸医集》

高某，男，46 岁，1979 年 6 月 15 日初诊。病史：口眼歪斜 5d。患者于 6 月 10 日上午自觉左侧面部活动不便，当晚左眼闭合不全，漱口时漏水，塞饭，耳鸣，睡眠、饮食、二便均可。检查：不能抬眉、皱眉、耸鼻，眼裂约 0.2cm，鼓腮漏气，左鼻唇沟消失，人中沟歪向右，上眼睑和上唇下垂，面肌松弛，舌质红、苔薄白，脉弦。辨证：热邪偏盛证，证属阳明、少阳经。治以疏风清热，治疗经过：取穴：①阳白、四白、太阳，②迎香、颧髎、下关，③地仓、颊车、大迎，均取病侧，三组穴轮流使用三棱针点刺放血。针合谷与外关，交替使用行气法。足三里与阳陵泉交替取用，进针得气后取较强针感。治疗 9 次，血色由深红变为浅红。休息 1 周后，已不塞饭，皱眉、耸鼻、鼓腮力弱，左脸仍感松弛。针刺面部穴改为阳白透鱼腰，额纹上部未现时，阳白透头临泣；耸鼻力弱，取迎香透睛明，上唇下垂，取人中透颧髎与上唇缘放血(赤白肉际)交替取用。经治 10 次，休息 1 周后查额纹、皱眉两侧相等，人中沟基本居中，耳鸣减轻，耸鼻、示齿力弱，针刺面部穴改为四白透睛明、地仓透迎香、人中透巨髎、翳风与完骨交替取用。治疗 104 次，休息 1 周后查示齿两侧相等，耳鸣轻微，鼓腮已不漏气，仅上唇稍低。继续治疗 4 次，共治疗 33 次，停针观察。1986 年随访，除“左眼启闭稍差，如遇大风易迷眼外”，余无不适。

(五)热邪偏盛型面瘫《于书庄针灸医集》

武某，男，64 岁，1984 年 5 月 24 日初诊。病史：左口眼歪斜 9d。患者于 1 周前患感冒，两耳鸣(前驱症状)，16 日晨起发现左侧口眼歪斜，病后即来我科治疗 5 次。检查：不能皱额、皱眉、耸鼻，闭目不全，眼裂约 0.2cm，鼓腮漏气，示齿左侧不见齿，上眼睑和上唇下垂，人中沟歪向右，自觉面肌松弛。舌质淡，苔黄腻，脉滑数。辨证：热邪偏盛证，证属阳明、少阳经。治以疏风清热。治疗经过：取穴，①阳白、四白、太阳；②下关、颧髎、迎香；③地仓、大迎、颊车、上唇缘。3 组穴均取病侧，轮流用三棱针点刺放血。针翳风与完骨交替取用，合谷、外关交替使用行气法，足三里(双侧)得气后均取较强酸胀针感。经治 9 次后，面部功能开始恢复，急性期 12d，共治疗 27 次，检查其面部功能均恢复正常。27 次中，放血 22 次。

五、张涛清

(一)风寒型面瘫(面神经麻痹)《张涛清针灸治验选》

乔某，女，32 岁，医师，自诉：1976 年 8 月 18 日晨起后感觉右侧头痛，痛如刀割，难以忍受，伴有恶寒无汗，全身无力，不思饮食，持续 2d，服土霉素，阿司匹林等



药物稍缓解，但8月20日清晨起床后，觉上嘴唇发麻有增厚感觉，不能鼓腮，漱口时水从右侧口角流出，右眼酸困流泪；8月21日右侧额肌皱纹消失，右眼裂增宽不能关闭，鼻唇沟消失，口角偏向左侧，面神经麻痹症状悉具，未做任何治疗，即回医院针灸治疗。检查：右侧额肌皱纹消失，右眼裂增宽不能闭合，鼻唇沟消失，口角偏向左侧，舌淡苔白，脉浮紧。诊断为面神经麻痹，辨为风寒证面瘫。取穴：人中、迎香、颊车透地仓、睛明、太阳、翳风、阳白、合谷，除合谷取双侧外，其余诸穴均取患侧，用捻转泻法，隔日1次，患者针刺3次后鼻唇沟出现，右眼可闭合1/2，右口角已不流涎，10次后面瘫基本解除，15次后额纹出现，诸症悉除病愈。

（二）风热型面瘫（面神经麻痹）《张涛清针灸治验选》

许某，女，3岁，儿童。母代诉：左口眼㖞斜13d，开始发现在小儿啼哭时嘴偏向右侧，右眼不能闭合，流涎，吃乳吸不紧乳头，同时口边漏乳，烦躁不安，即收住兰州市某医院治疗，由于其祖父、祖母、父亲均系西医工作者，反对针灸治疗，故未针灸而延迟治疗，但经西药治疗无效，被迫请求针灸治疗。检查：发育及营养中等，左口眼歪斜，左眼不能闭合，眼裂增宽，额纹消失，右口角下垂，多汗，舌红苔黄薄，脉数。诊断为面神经麻痹，辨为风热证面瘫。取穴：太阳（点刺出血）、风池、地仓透颊车、阳白、人中、迎香、合谷、中渚，隔日针刺1次，施以平补平泻手法，12次为1疗程，中间休息5d，再行第2疗程，共治疗3个疗程，症状消失而治愈，嘱其注意面部保暖，预防复发。

（三）脾虚气弱型面瘫（麻痹性睑裂闭合不全）《张涛清针灸治验选》

石某，女，45岁，工人。自诉：1979年9月某日起床时，自觉面部发硬，发紧不舒适，照镜发现右侧眼皮不能闭合，嘴歪向左侧，说话漏风，口角流涎，急往兰州某医院求治，经检查，诊断为右侧面瘫，曾用按摩，拔火罐，涂蟮鱼血拔毒，中医药物治疗后口歪减轻，但右眼不能闭合，经常流泪，影响工作，甚为痛苦，1983年7月16日来我院求针灸治疗。检查：右侧眼裂闭合不全，眼裂0.6cm，不能皱眉，额纹消失，鼻唇沟浅向左微斜，右面部微肿，舌质淡嫩，舌体胖大边有齿痕，舌苔白滑，脉沉细而弱。诊断为麻痹性睑裂闭合不全，辨为脾虚气弱证。取穴：攒竹（右）直刺3分、阳白（右）透鱼腰、瞳子髎（右）透太阳、地仓（右）透颊车、三阴交（双）、风池（双）、合谷（双）、足三里（双）。进针得气后施以先泻后补，隔日针刺1次，连针12次为1疗程，中间休息5～7d，经3个疗程治疗，功能恢复正常。

六、郑魁山

风寒侵袭，经络瘀阻型面瘫《郑氏针灸全集》

张某，男，22岁，工人。因口眼歪斜8d，1960年5月12日初诊。患者5月4日早晨起床时自觉左侧面部发紧，下午发现左眼不能闭合、流泪，嘴角斜向右侧、左侧



牙齿不能嚼食物，左侧口腔存留食物，需要用手指掏出，左嘴角闭不严，经常流口水和露出食物。在本单位医务室诊断为面神经麻痹，治疗效果不显，而来我院。检查：左眼上下眼睑不能闭合，露睛 1cm，左侧面肌松弛下垂，不能皱眉，左侧抬头纹及鼻唇沟消失，嘴角向右侧歪斜，鼓腮左侧漏气，流口水，舌质淡、苔薄白，脉浮数，80/min。中医辨证系风寒侵袭，经络瘀阻。采用祛风散寒、疏经活络之法治之。取风池、合谷，用烧山火法，使其出汗，不留针；地仓透颊车、四白透睛明、下关、阳白，用平补平泻法、留针 10min，每日针 1 次，针治 1 次，眼睑能闭合；治疗至 5 月 18 日，针达 7 次时，口眼歪斜明显好转，则改针地仓透颊车、下关、巨髎、合谷，用平补平泻法，留针 10min，治疗至 5 月 24 日，针达 11 次时，症状消失，检查恢复正常而停诊。1960 年 9 月 1 日随访，情况良好。

七、钟梅泉

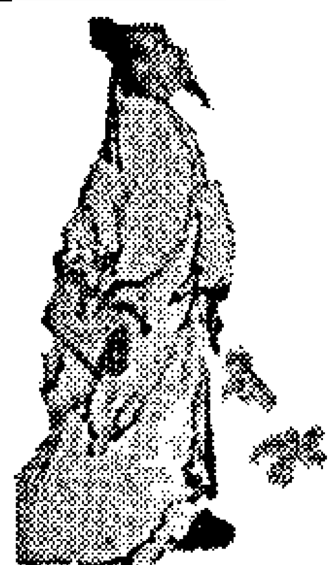
风寒袭络，经筋失养型面瘫《中国梅花针》

郭某，女，29 岁，职员。1990 年 2 月 21 日初诊。9d 前感冒发热，随后出现右侧口眼歪斜，自觉右侧面部麻木、流泪，右眼不能闭合，喝水即漏，进食时食物停滞口颊内，耳下隐痛，吃饭无味，胃纳差，头痛。在北京市某医院检查，诊断为面神经麻痹，曾服中药，注射维生素 B_{12} 均未收效。检查：右侧脸向左侧喎斜，右额纹消失，右眼睑闭合不全，鼓腮漏气，鼻唇沟消失。在颈椎两侧及胸椎 5～10 两侧可摸到条索及压痛，耳下有结节压痛明显，脉细小数，舌苔薄，证属风寒袭络，经筋失于濡养所致。拟以疏风散寒、舒筋通络为治。根据病症，选取后颈部、患部、鼻部、眼区、颌下部、风池、合谷、太阳、翳风、人中、阳性物处进治。采用梅花针治疗 4 次后，症状明显减轻，继续治疗 7 次后，外观面容基本正常，流涎流泪已止，口颊已无停滞食物现象，头不痛，眼闭合自如正常，额纹已现，鼻唇沟变深，鼓腮不漏气。按原方意再巩固治疗 5 次，症状和体征均消失，治愈停诊。随访观察 8 个月未见复发或后遗症，疗效巩固。

八、楼百层

面瘫《古今针灸医案医话荟萃》

吴某，男，36 岁，干部。病初自觉头痛，面部麻木，持续 3d 后，发现左侧面肌弛缓，眼睑、口角下垂，不能皱额、蹙眉，闭目不紧，眼裂颇宽，鼻唇沟消失，也不能做唾吐、鼓腮等动作。处方：瞳子髎、阳白、下关、颊车、地仓（均左侧）。操作：概用捻转补法针刺。前 3d 每日针 1 次，以后隔日针 1 次。自针 3 次后，面部麻木感减轻，第 4 次后麻木全除，第 5 次后诸症好转，口歪明显转正，至十次后眼睑已能闭合，诸恙悉除，病告痊愈。



九、王秀珍

(一)面瘫(面神经麻痹)《刺血疗法》

管某,男,41岁,工人,1983年12月31日门诊。口眼歪斜13d,右眼闭合失灵,眼球发干,右眉抬不高,饭粒滞留齿颊间。鼓腮漏气,已在某医院注射维生素B_1、B_{12}及单方治疗未效。检查:口角向左歪,右眼睑不能闭合,额纹消失,鼻唇沟变浅。诊断:面神经麻痹。治疗:取穴太阳、下关、阳白针刺出血。1984年元月16日2诊,嘴歪稍纠正,能闭眼。刺血鱼尾、四白、地仓后,嘴已不歪,能抬眉皱额,但眼睑稍感疲乏。于元月20日及30日各刺血1次。共刺血4次,口眼歪斜症状消失。

(二)面瘫(面神经麻痹)《刺血疗法》

唐某,男,3岁,儿童,1982年12月16日初诊。患儿4d前,晨起迎风玩耍,用手揉嘴巴,哭叫,大人见状,视其口角流涎、嘴歪、左眼不能闭合,食后自用手指掏口内滞留饭粒。曾用鳝鱼血外敷未效,来门诊接受刺血治疗。检查:嘴向右斜,左眼闭目露睛,流涎。诊断:面神经麻痹。治疗:取穴太阳、下关、地仓,针刺出血。1982年12月24日复诊,刺血后病情显著减轻,嘴歪好转,眼睑能闭合稍露睛,齿颊内已不滞食。刺血阳白、颊车后,患儿口眼歪斜之症全消失。

【导读】

面瘫是以一侧面颊筋肉松弛,口眼向一侧歪斜为主的病证,又称为口眼㖞斜。本病可发生于任何年龄,无明显季节性,多发病急速,以一侧面部发病多见。古代文献将其归纳入于风门中。明·李梴《医学入门》称:"风邪初入反缓,正气反急,以致口眼㖞斜。"清·喻嘉言《医门法律》则谓:"口眼㖞斜,面部之气不顺也"。

本节所选医案的作者认为本病多由脉络空虚,外感风寒乘虚袭入面部经络,使阳明少阳之络阻滞,经筋失养,纵缓不收而致,治当疏风舒筋通络。

陈全新医案:陈氏认为面瘫常因风邪犯络,致经气阻滞,肌肉纵缓不收而发病。临证时特别强调针灸对不同病因引起的面神经瘫痪,其疗效差异甚大。属风或寒邪犯络所致的面瘫,疗效较好,如能及时采用针灸治疗,可完全恢复。但临床常见因热毒、瘀滞(如乳突炎、面颊带状疱疹)者必须针对原发病进行病因治疗,并且结合其他疗法,才能奏效。治疗时面部腧穴针刺手法以轻捻为主,选穴宜精,应交替使用,忌连续反复刺同一穴位而出现穴位经络疲劳现象。在治疗期间,嘱患者自行用手轻揉按患侧面部,以改善局部气血循环。陈氏所治病例辨证为风寒犯络型面瘫,西医诊断为周围性面神经麻痹。治以养血祛风,温通经络,采用刺颊车、翳风、攒竹、地仓、太阳、阳白、丝竹空、迎香、下关、风池等穴平补平泻,疏通面部经络;右面配合照磁灯(高血压患者头面忌用)。起针后用梅花针在患侧眼、面部轻叩刺,有疏通患部经络气血,加速病变部位功能康复的作用;温灸风门、大椎、肝俞、膈俞能温散风邪,补益气血。补刺合谷、足三里能旺盛阳明经气血而祛风寒。诸穴合用有



疏风通络牵正作用，故取得理想的效果。

杨甲三医案：杨氏认为面瘫是临床常见病、多发病，针灸治疗疗效颇佳，取效的关键在于掌握最佳治疗时机和针刺方法，治疗中亦应强调辨证施治。面瘫的针灸治疗可分为3期，初期即发病5～7d，治疗以远端取穴为主，如合谷、偏历、液门等。面部应尽量少刺激，邻近部位可用翳风、完骨。发病后8～20d为中期，此期治疗应采用浅针多刺的方法。面瘫的病机多为外邪袭络，病位较浅，刺激量切忌过重，深浅以皮下或肌肉浅层为度。经此治疗，多数患者均可治愈或基本治愈。若经15～20d治疗或误治，仍未见效者，属难治病例。治疗仍以浅针多刺为法，适当配合透刺，透刺亦当注意沿皮下或肌肉浅层针刺。早期虽可由风寒外袭引起，但绝不能一见面瘫就用牵正散。从临床来看，面瘫以风热型或兼见热象为多。疑难者多见于内有湿热或痰瘀阻络者，可配合中药内服治疗。杨氏所治病例辨证为风热袭络，兼有瘀滞型面瘫，西医诊断为周围性面神经炎。治以疏风活络，兼理瘀热。取手少阳、阳明经穴及颜面局部腧穴为主：先后采用阳白、丝竹空、攒竹、四白、颧髎、地仓、颊车、大迎、合谷、偏历、头临泣、人中、承浆、目窗、睛明等穴，采用多针浅刺。除地仓、颊车从皮下肌肉浅层透刺，余穴皆浅刺0.1～0.2寸入肌肉浅层。以加强疏风活络，疏通口颊及眼部气血的作用。

杨永璇医案：杨氏指出面瘫古称㖞僻，俗称歪嘴风，发病以外风袭络致筋急而口目为僻者居多，偶有因中耳炎、疱疹等病而继发者，面瘫应用针灸治疗效颇高，预后亦佳。但治疗必须及时，愈早愈好，若因疲劳过度，气血亏损，先由正虚，后感外邪而致面瘫者，更应及早针刺治疗，并内服牵正散。若在发病2周后开始治疗，则矫正较为困难。所治病例①辨证为风邪袭络型面瘫，杨氏采用地仓（左）沿皮刺透颊车、阳白（左）沿皮刺透鱼腰、迎香（左）向睛明沿皮刺1寸、风池沿皮刺斜向风府的方法，重在透刺，并在太阳、下关、地仓出针后拔火罐治愈。杨氏治疗面瘫的经验用穴是颐中穴，位于口角外方酒涡的中央即在地仓旁4分，对本病有显著疗效。病例②辨证为外邪袭络型面瘫，西医诊断为面神经麻痹。治以疏调面颊部经气为主，针刺颐中等穴，并以循经近刺与缪刺相结合，加拔火罐，以疏散风寒，促使血流畅通而愈。杨氏认为对迁延日久，屡治未愈者，如能坚持做絮刺火罐疗法，或有挽回希望。否则必致畸形，而成终身憾事。杨氏在多年的临床实践中，根据刺罐结合的治疗经验创造了多针浅刺，活血化瘀的絮刺火罐疗法，治疗重症周围性面瘫，多数取得较好的效果。操作时运用七星针在局部重叩轻刺微微出血之后拔以火罐，吸出瘀血凝块，达到祛瘀生新、舒经活络的目的。病例③辨证为面瘫，杨氏采用絮刺火罐疗法，使患者症状明显好转，值得提出的是，七星针叩打比较痛，必须得到患者良好的合作后才能施行，重症患者多能主动配合坚持治疗，直到痊愈。

于书庄医案：所治病例①、②、③均为寒邪偏盛型面瘫。病例①采用阳白透鱼腰、地仓透颊车热手法；合谷、外关行气法治疗取效。病例②采用火针与针刺并用



治愈。病例③患者系单纯寒证，给予刺血敷姜治疗，放血以祛瘀行血。姜性温散，具有祛瘀、温散寒邪之双重作用，如此瘀去寒除故病得愈。病例④、⑤均辨证为热邪偏盛型面瘫，治疗均选取患侧①阳白、四白、太阳；②下关、颧髎、迎香；③地仓、大迎、颊车3组穴，三棱针点刺放血治疗，经多次放血后，血色由深红变为浅红为好。针对病例④患者，根据面部的症状还先后选取阳白透鱼腰、阳白透头临泣、迎香透睛明、四白透睛明、地仓透迎香、人中透巨髎、人中透颧髎，得气后取较强针感。配合上唇缘赤白肉际处放血治愈。病例⑤配合翳风与完骨交替取用，合谷、外关交替使用行气法，足三里得气后均取较强酸胀针感而愈。从病案中特别体现出于氏同病异治，异中有同的主导思想。

张涛清医案：张氏指出针灸治疗面瘫的历史悠久，并且有丰富的经验，效果较好。张氏认为对面瘫治疗，以早期治疗为佳，如果治不得法，失去时机，不但会拖延病程，而且给以后的治疗带来困难，甚至失去治愈时机。针灸治疗面瘫应以疏通面颊部经气为主，兼寒者疏风散寒，温经活血，兼热者疏风清热，舒筋缓痉。初期先泻后补，后期用平补平泻，针应浅刺，轻轻捻转，施行补泻。《素问·刺要论》指出“病有浮沉，刺有浅深，各至其理，无过其道”，“浅深不得，反为大贼”，说明了在刺法上当浅则浅，当深则深，这就是针灸的技巧，辨证施治的原则。在针刺治疗过程中，面神经功能开始有所恢复时，应加强面肌动作的练习。张氏治疗面瘫经验处方的主穴是：风池、地仓、睛明、阳白、四白、合谷。配穴为：鼻唇沟平坦加迎香，乳突痛加完骨，耳后痛加翳风，人中沟歪斜加水沟，颏唇沟歪斜加承浆，舌麻加廉泉、下关，面肌痉挛加太冲，目不能闭加攒竹。操作：地仓透颊车（患侧），沿皮刺，其他诸穴直刺，施以捻转手法约1min即出针。张氏认为风池、翳风同属少阳，疏解风邪，舒筋缓痉；重点在麻痹部位取阳白、攒竹、四白、地仓透颊车等，疏调经气，调和气血，使筋肉得濡养温煦，使经气通畅；合谷、太冲循经远取，通经络调气血，疏泄面部风邪。所治病例①辨证为风寒型面瘫；病例②为风热型面瘫，西医均诊断为面神经麻痹。病例①根据患者症状选用主穴与配穴，针刺用捻转泻法治愈。病例②患者选用主穴与配穴平补平泻，并在太阳点刺出血治愈。例③辨证为脾虚气弱型面瘫，西医诊断为麻痹性睑裂闭合不全。患者脾虚气弱，气血不足，筋脉失养，外邪经常侵袭，正不胜邪所致面瘫，循经取右侧阳白透鱼腰、瞳子髎透太阳、地仓透颊车，祛风解郁，通调阳明经的运行，足三里、三阴交循经取穴，益气健脾，温运中阳，合谷疏泄风邪，通降肠胃。手法先泻后补，经治恢复正常。

郑魁山医案：郑氏对于面瘫的治疗主张在初患4d之内取健侧地仓透颊车、迎香、下关、合谷用泻法，留针20～30min。4d以后取患侧针颊车透地仓、四白、太阳、攒竹、下关、合谷、人中、承浆用平补平泻法，留针5～10min，以扶正祛邪，疏风活络。眼睛不能闭合，配风池、头维透颔厌、阳白透丝竹空、攒竹透鱼腰、四白透睛明、太阳、合谷用平补平泻法留针10～20min。久治不愈或体弱气虚，配会阳、长强、足



三里，用补法或加灸10～20min，以益气振阳、养血祛风。接近治愈时，针足三里、内庭、太冲等远隔穴位，以防发生面神经痉挛。所治病例辨证为风寒侵袭，经络瘀阻型面瘫。郑氏取风池、合谷，用烧山火法散寒通络，地仓透颊车、四白透睛明等穴平补平泻，通调阳明经气而治愈。

钟梅泉医案：钟氏认为梅花针对面瘫疗效显著，早期患者疗效更好，一般采用中等度刺激，对初期患者手法宜轻刺激，阳性物处应采用较重刺激手法，经治疗后症状减少、减轻或缓解。面瘫患者可在颈椎两侧、项窝部和胸椎5～10两侧摸到条索并有压痛，患侧耳下及颌下部有条索、结节和压痛，患侧颊部肌肉感觉迟钝。根据辨证认为在10d以内的初期患者，以疏风散寒，舒筋通络为治，在发病0.5～2月的恢复期，以疏通经气，标本兼治。钟氏主张①治疗期间患部要保温，不用冷水洗脸和漱口，避免长时间说话，看书学习时间不能过久，注意休息。②忌食辛辣生冷食物，不吸烟喝酒。③对慢性患者，经梅花针治疗后可加艾灸治疗，以提高疗效。④梅花针治疗本病，除叩打患侧外，对面部健侧要隔日轻刺1次。钟氏所治辨证为风寒袭络，经筋失养型面瘫。选取后颈部、患部、鼻部、眼区、颌下部、风池、合谷、太阳、翳风、人中、阳性物处采用梅花针治疗后痊愈。

楼百层医案：楼氏认为面瘫多由脉络空虚，风寒之邪侵入阳明、少阳之脉，以致经气阻滞，经筋失荣，肌肉纵缓不收，而出现面部麻木等症，故遵《标幽赋》："大抵疼痛实泻，痒麻虚补"的治则，取阳明、少阳两经经穴，施较轻、角度较小的捻转补法，以通调经脉气血而恢复经筋失荣。

王秀珍医案：王氏指出中医学认为面瘫是风邪中络所致，外邪乘虚而入，络脉阻滞，血流不畅，筋脉失养，纵缓不收而口眼歪斜。"治风先治血，血行风自灭"，是中医行之有效的理论。刺血治疗重在祛风活络，疏通经络，畅通血行，使面神经得到正常的血液濡养，则麻痹可愈。所治病例①、②均诊断为面瘫。选取太阳、下关、阳白、鱼尾、四白、地仓等穴刺血治疗痊愈。

第三十二节　面肌瞤动

一、朱汝功

肝风窜扰阳明颊筋型面肌瞤动（右面肌痉挛）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

沈某，男，70岁，退休工人，1981年5月21日初诊。右侧面肌抽搐已3年。3年前因与小孩争吵，自觉有右面肌肉抽跳，到某医院针刺治疗20多次，未见显效。继则到本院针灸治疗20多次，穴位注射胎盘组织液10多次，效果仍不显著。又用颈丛刺30次，针后稍有好转，停针后又复发，且较剧，再用头针治疗1年多，开始时稍有好转，但停针6个月许，复发如旧。辗转3年，到处求医，而未能获治。来诊

时,因多吃香蕉等水果,呃逆发作。诊得患者素有大便溏薄(日行3～4次)及高血压史,[最高200/110mmHg(26.6/14.6kPa)]。当时测得血压180/100mmHg(23.9/13.3kPa),脉弦滑,舌苔白腻。证系高年肾虚,肝失滋荣,厥阴风木之气横逆窜扰阳明颊筋,乘侮脾土,而致脾胃失和,中土不运,气火上冲,而呃逆作矣。治拟泄木滋阴,和中宣络,以观后效。取穴:太冲(双)一、复溜(双)＋、太白(双)＋、地机(双)＋、合谷(双)一;手法:捻转补泻,留针15～20min。5月28日复诊,针后,面部抽掣较轻,守前治。取穴、手法同前。5月30日3诊,右面颊自觉松弛,痉挛次数也减少,续守上治。取穴、手法同前。6月2日～4日5诊,4诊以后,大便已成形,每日1次,面肌痉挛亦已减少、减轻。前晚饮白酒后,昨晨呃逆又起,宗前方加减。取穴:上方加气海＋、气冲(双)一,手法:同前。6月12日8诊,面肌痉挛已明显减轻,大便已正常,呃逆已平,唯后脑部感疼痛。脉细弦,舌苔白腻。取穴:上方加丰隆(双)一、金门(双)一;手法:同前。6月18日11诊,又针治3次,诸恙均已消失。

二、杨永璇

肝风上扰型面肌瞤动(左面肌痉挛)《杨永璇中医针灸经验选》

胡某,女,38岁,工人。患左侧面肌痉挛已7～8年,呈阵发性,不规则的面部肌肉抽搐,屡治无效,而来我院针灸门诊求治。针灸方法:取风池(左)、太阳(左)、颧髎(左)、禾髎(左)、攒竹(左)(均泻法)、列缺(左)(补法)用九六补泻法,留针20min。经针治20多次,面肌痉挛逐渐减轻而愈。

三、于书庄

(一)气血两虚,肝风内动型面肌瞤动(右面肌痉挛)《于书庄针灸医集》

周某,女,44岁,办事员,1977年11月21日初诊。病史:右侧面肌痉挛8年。患者自1970年5月因着急而病前额剧烈疼痛,头晕恶心。当时自用毛巾冷敷,服止痛药后头痛好转。1个月后出现面肌抽动,始则日抽动1～2次,以后病情逐渐发展为终日抽动,毫无间歇,甚则出现长时间紧抽(强直性),使患者不能睁眼,夜间醒后亦抽。看书、讲话、经期抽动明显,冬天重于夏天。曾先后去5个医院治疗,接受中西药物、电针和维生素B_{12}穴位注射等。在这些治疗过程中,最短坚持2～3月,长则8～9个月,但均未能收效。睡眠、饮食、二便均正常,月经周期26～28d,带经日期5d,经血量多。检查:舌质淡,舌体胖大边有齿痕,中有裂纹,脉沉细而弦,面部呈现一种异样怪形。辨证:证属气血两虚、肝风内动。病属阳明、太阳经病。治法:治以补益气血,熄风解痉。治疗经过:针阳陵泉、足三里、百会、合谷行气法。治疗24次后,痉挛明显减轻,夜间醒后已不抽,痉挛次数、范围均减,持续时间缩短,每日口角抽动仅出现1～2次。前穴加哑门,经42次治疗,症状基本消失,出现48h未抽,平素仅偶尔口角抽动一下,看书、看电影时间长,说话时抽一下。前穴加



哑门、风府交替使用，治疗48次后，体质增强，能骑车来科就诊（往返骑车2h）。前穴合谷、列缺交替使用，经58次治疗，痉挛停止，经期、阴雨天仅有面部发紧。共治疗71次，历时1年。1979年2月随访，仅情绪非常激动时偶有右侧面部发紧的感觉，有时抽动一下即止。

（二）气血两虚，肝风内动型面肌瞤动（左面肌痉挛）《于书庄针灸医集》

霍某，男，50岁，干部，1979年9月8日初诊。病史：左侧面肌痉挛7年。患者于1972年冬因精神刺激而病眼睑痉挛。6个月后病情加重，终日频繁抽动，呈阵发性发作，每次持续3～4min，抽动范围包括上下眼睑、面及口角，每遇情绪刺激抽动明显。病后曾去十几家医院诊治，但始终无效。伴有全身乏力，饮食，二便如常，有时失眠。检查：舌质淡，苔薄白，脉弦细数。辨证：证系气血亏虚，虚风内动。病属阳明、太阳经病。治法：治以补益气血，熄风解痉。治疗经过：针中脘、气海、足三里、三阴交、百会、风池、阳陵泉，合谷行气法。治疗2次后，抽动变为跳动，间歇时间明显延长，持续时间缩短。治疗5次后，每日只跳动4～5次，跳动的力量、时间均减。治疗8次后，痉挛缓解。于当月27日回原籍工作。1979年12月去信随访，患者说："我为了治病花了不止几百元，没想到你们只针治7～8次，针灸费不足3元，就治好这久治不愈之症"。患者回单位后，由于连续处理两起人身伤亡事故，劳累过度，又遇儿子双眼严重烧伤，精神受到刺激，从而使旧病复发。患者于1981年10月19日来京复诊，下眼睑、口角抽动，发作频繁，力量较轻，伴有面部拘紧，有时后头疼，全身乏力，其他如常。舌质淡，边有齿痕，少苔，脉弦细数。证系气虚风动，病属阳明经。治以益气熄风。火针点刺患侧四白、颧髎、大迎，灸气海、完骨（患侧热手法），合谷行气法。治疗1次后，当日上午未抽，下午至晚上抽2次。次日清晨抽动次数有所增加，但自己可以控制。针灸同上，停火针改为毛刺。共治疗3次，观察至今（1987年）未见复发。

（三）胃火炽盛，风寒稽留型面肌瞤动（左面肌痉挛）《于书庄针灸医集》

张某，女，48岁，1978年8月14日初诊。病史：两年前始则左眼跳动、抽搐，继而口眼歪斜，鼓腮漏气，塞饭，人中沟歪向右，左耳后痛，经治疗（方法不详）病情有所好转，现左眼、面肌、口角抽搐，日10次左右，每次抽动次数无法记录，伴有头晕，心烦，恶心，四肢麻木，饮食增加，善饥，小便次数和尿量增多。既往患高血压病15年，糖尿病12年。检查：左眼裂小于右侧，人中沟歪向左（倒错），面部持续抽搐，阵发性加重，血压230/130mmHg（29.9/16.9kPa），舌质红，舌微颤，脉弦细。辨证：证系胃火炽盛，肾阴亏虚，风寒稽留，经筋收引。治法始宜清泻胃火、补益肾阴，继而温散风寒、熄风解痉。治疗经过：首取手足十二针（曲池、内关、合谷、阳陵泉、足三里、三阴交）14次，进针得气后，阴经穴取柔和酸胀针感，阳经穴取较强酸胀针感，继取五脏俞（心俞、肺俞、肝俞、脾俞、肾俞之双侧）6次，皆取柔和针感，其中曾金津、玉液与百会交替放血6次。经过上述治疗，饮食减少，小便次数减少，头晕减



轻,胸憋缓解,血压维持在180～200/120～130mmHg(22.4～26/15.6～16.9kPa)之间。继而改用温散风寒、熄风解痉法。取穴:完骨与风池交替取用(热手法),合谷与外关交替取用(行气法),阳白、四白与颧髎、地仓交替取用,火针点刺,足三里(双)(徐内疾出)。治疗24次。两侧眼裂等大,面部拘紧减轻,抽搐缓解过半(70%),但遇精神紧张、天冷时抽搐仍作。1979年2月6日停针。1986年11月5日复查,两侧额纹、皱眉、闭目、耸鼻相等,示齿时人中沟稍偏向左,抽搐缓解,耳后不疼,血压150/110mmHg(19.5/14.3kPa)。令其灸关元百日,以补肾气。

(四)风寒稽留,经筋收引型面肌瞤动(右面肌痉挛)《于书庄针灸医集》

王某,女,43岁,1979年2月7日初诊。病史:10个月前无明显诱因发现口眼歪斜,经针灸、穴位注射及口服维生素B_6、维生素B_1等治疗,病情好转。4个月前右下眼睑、面部、口角跳动,次数频繁,尤以说话时为甚,右侧面部拘紧,眠差梦多,纳可,便调。检查:其右侧眼裂缩小,不能鼓腮,示齿时口角向右歪,右面肌萎缩,额纹存在,闭目尚可。舌质红,苔薄黄,脉沉细。辨证:证系风寒稽留,经筋收引,证属阳明。治以温散风寒、舒筋解痉。治疗经过:针完骨(病侧)、足三里(双侧、热手法)、外关(行气法),火针点刺病侧四白、颧髎。共治疗34次。34次中,完骨易风池1次、风府2次,外关易合谷3次,足三里易三阴交1次。火针点刺9次,印堂敷姜1次。经治18次后,抽动明显减轻,30次后变天时病情亦不加重,病情好转80%～90%,停针观察。1980年1月去信随访,观察8个月,病情由显效转为痊愈。

四、张涛清

肝肾阴虚型面肌瞤动(左面肌痉挛)《张涛清针灸治验选》

张某,女,25岁,工人。自诉:2年前突感眼睑上下跳动,近月来右侧下眼皮、眉头抽动频繁,并牵动整个面颊部肌肉,感到心烦、易怒,失眠,精神压力甚大,曾在某医院针刺,中西药物治疗无效,即来我院求针刺治疗。检查:面部呈现频繁的抽动,舌质红,苔薄黄,脉弦细,诊断为面肌痉挛,辨为肝肾阴虚。取穴:攒竹、太冲、太溪、太阳、阳陵泉、风池、合谷;进针得气后行平补平泻手法,隔日针刺1次,连针20次后,痉挛减轻,又针40次后,症状基本消失,感觉面部发紧,时有抽动,再针15次后,抽动止。停止治疗,嘱注意面部保温,预防复发。后随访,疗效巩固,在说话时、情绪激动时有稍微的抽动。

五、郭明义

肝风型面肌瞤动(面肌痉挛)《中国当代针灸名家医案》

钟某,男,39岁,司机,1989年8月15日初诊。主诉:左侧下眼睑及面部瞤动已2个月。病史:患者于去冬因面部受风寒而患面瘫,在我科针刺治疗2个月而愈,但面下眼睑有时抽动,不重,就未再治疗。今年7月间左下眼睑掣口角抽动,自



已不能控制，心烦，睡眠不安，烦躁而抽动频繁发作。纳佳，二便和。检查：身体健壮，颜面黄润光泽，精神忧郁。脉象沉细弦，舌质红，苔薄白。血压正常。诊断：面肌痉挛，肝风型。治疗：镇静安神，止抽和营，取穴：四神聪、风池、瞳子髎透四白、四白透睛明、地仓透迎香、合谷。操作：补法，每日1次，10次为1疗程。留针30min。治疗经过：针刺1个疗程后，瞤动减轻，抽动时间延长，每天约有数次的发作，寐佳，因工作时有心烦感觉，每个疗程休息1周。从第3疗程开始隔日1次。共治疗4个疗程，眼面瞤动消失，临床获愈。

六、杨廉德

面肌瞤动《中国当代针灸名家医案》

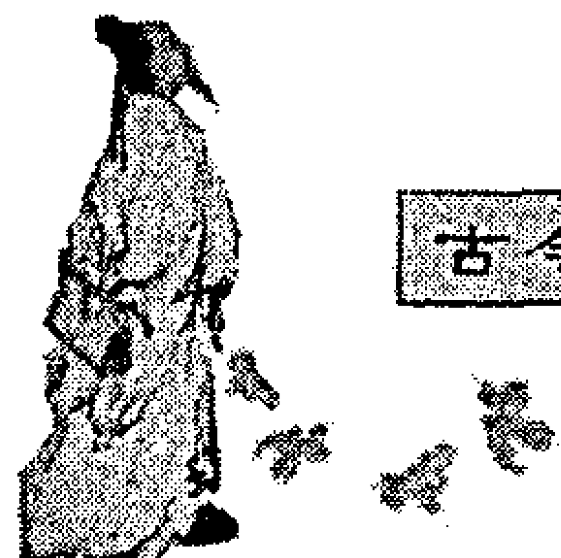
杨某，男，60岁，干部，1986年10月26日初诊。主诉：上下眼睑抽动30余年，加重2年。病史：患者抗美援期时曾为部队司机，由于抢运武器，有5昼夜不曾合眼。开始自觉双目干涩，眼周不适，继而出现双眼上下眼睑不时抽动而不能自主，曾多次求治于中、西医治疗，症状有增无减。近2年眼睑抽动累及面部，致使口唇、鼻翼也不时随之抽动。患者自述早上起床时症状较轻，但只要稍注意看东西则抽动又发，特别在强光下症状加剧。既往有高血压、糖尿病史。检查：双目巩膜充满血丝，眼周的皮肤由于常用手揉按而变得十分粗糙且颜色发黑，眼睫眉毛也较稀疏。舌质红，苔薄黄，脉弦。诊断：眼睑瞤动。治疗：濡经筋，平瞤动。取穴：申脉、照海。配穴：太冲、睛明、瞳子髎、太阳、攒竹、鱼腰、足临泣、太白、三阴交。操作：每次以补申脉、泻照海为主，另轮流选配3～4穴，针用平补平泻，留针30min，隔日针刺1次。3个月后，患者眼睑瞤动明显好转，鼻翼口角已不再抽动。6个月后，疾患基本痊愈。眼周黑色已退，皮肤也变得细润，即或在阳光下走路也基本如常。随访至今未复发。

【导读】

面肌瞤动又称"瞤动证"。以半侧面肌阵发性不规则的抽搐为主要症状，男女均可罹患，以中年以上女性多见。初期可见眼周肌间歇抽搐，逐渐发展至面部其他肌肉抽搐，严重者口眼、面肌一起抽动。西医的面肌痉挛属本病范畴。中医学认为头为诸阳之会，六阳经脉皆在头面部交会，面部经筋全在气血濡养，如肝肾不藏精血，或肝胆之风循经上头，引火动风，或面部三阳脉由于气血虚弱，经脉空虚，经筋失其滋润，则易致筋惕肉瞤。

本节所选医案的作者认为面肌瞤动的因素颇多，有因感受风邪或情志忿怒忧思、或因童年时期的模仿，或因面痛，龋齿，眼部疾患，或因面瘫后遗症等原因形成，目前尚无特效药物治疗。

朱汝功医案：朱氏认为面肌痉挛，好发于中老年，符合"诸风掉眩，皆属于肝"的认识。所治病例年逾古稀，肾气已衰，又因郁怒伤肝，肝阳偏亢，引动厥阴风木上



炎，横侮脾土，以致土德不彰，辨证为肝风窜扰阳明颊筋型面肌瞤动，西医诊断为右面肌痉挛。患者多食生冷，胃家气火为寒食裹遏，欲降不降，冲逆而上，遂致呃逆频作。朱氏审证求因，不治颊筋而治肝、脾，肾三经。泻太冲以平肝熄风；补复溜以滋水涵木；补太白、地机以和中运；泻合谷疏通阳明经气。而诸恙悉除，此举敢于突破前医治标之法的局限而专治其本，足证“治病必求其本”之说的正确。

杨永璇医案：辨证为肝风上扰型面肌瞤动，西医诊断为左面肌痉挛。治宜平肝熄风止痉之法。杨氏认为面属诸阳，肝木旺盛，风盛则上扰而木自动摇，故针刺面部穴位以泻法为主而获效。

于书庄医案：于氏认为面肌瞤动是经常反复发作且难以治愈的疾病，在局部痉挛病中最为多见，本病诱发因素十分复杂，应从病因病机以及病属何经两方面去理解。凡使用针刺行气法得以控制的病例，若复发皆较易恢复，治愈后应进行巩固性治疗。所治病例①、②中医均辨为气血两虚，肝风内动型面肌瞤动，西医诊断为面肌痉挛。病例①患者病因着急，阴血黯耗，经筋失养，冷敷感寒，寒性收引，故而肝风内动，实由肝血虚所致。取穴足三里以补益气血，百会、阳陵、合谷以熄风解痉。说话时发作，故取哑门，寒邪未除，故取风府。列缺与合谷为原络配穴，同用则加强熄风解痉作用。病例②患者因精神刺激，阴血黯耗，故而肝风内动，并有气血亏虚之征。取中脘、气海、足三里、三阴交用以补益气血，百会、风池、阳陵、合谷熄风解痉。由于治愈后未予巩固治疗，又遇劳累过度、精神刺激，旧疾复发。但病情较轻，偏于气虚。气主煦之，气虚则温煦不足，故面紧。治疗以火针点刺，完骨热手法用以温阳，灸气海以益气，故治疗数次痉挛缓解而愈。病例③辨证为胃火炽盛，风寒稽留型面肌瞤动，西医诊断为左面肌痉挛。治法始宜清泻胃火、补益肾阴，首取手足十二针（曲池、内关、合谷、阳陵泉、足三里、三阴交），继取五脏俞（心俞、肺俞、肝俞、脾俞、肾俞之双侧）；继而改用温散风寒、熄风解痉法，取完骨与风池交替取用（热手法），合谷与外关交替取用（行气法），阳白、四白与颧髎、地仓交替取用，火针点刺，足三里（双）（徐内疾出）。并令其灸关元百日，以补肾气。可见本病缠绵难愈，需长期治疗。病例④辨证为风寒稽留，经筋收引型面肌瞤动，西医诊断为右面肌痉挛。其证属阳明，针刺完骨（病侧）、足三里（双侧、热手法）、外关（行气法），火针点刺病侧四白、颧髎以温散风寒、舒筋解痉。

张涛清医案：辨证为肝肾阴虚型面肌瞤动，西医诊断为左面肌痉挛。本证由于肝肾阴虚，气血虚弱，三阳脉失养，阴虚阳亢，血虚生风所致。治宜补气益血，滋阴潜阳，张氏用补肾潜阳，激发六阳经脉经气之法，通经活络，调理气血，法合病机，治得其要。

郭明义医案：郭氏认为面肌瞤动是由津液枯少，肝风上越，筋失所养而致。所治病例辨证为肝风型面肌瞤动，西医诊断为面肌痉挛。治以疏风通络、安神和营，以手足阳明经穴为主，配以局部、循经、诱导的方法来促进经脉通畅，宣导气血，达阴阳平衡为目的。面肌瞤动是精气不能上达于面而瞤动不安，取四神聪有镇静安神之功，风



池疏风泻肝热。瞳子髎透四白可疏风理气，地仓透迎香是疏调手足阳明经气，透刺方法可扩大针感范围，加强经气传导，增强疗效。合谷为阳明经原穴，阳明主肌而止抽。共调协阴阳之气而取效。

杨廉德医案：杨氏指出眼睑瞤动俗称眼跳或眼皮跳，是指患者眼睑不时抽搐瞤动，多由气血亏损或劳瞻过度伤及心脾，肝脾经筋失养所致。所治患者劳伤过度，加之患高血压、糖尿病，致使气血亏耗、肝脾血虚。盖肝主筋、风主动，肝血不足，血虚生风。上下眼睑均为脾所主，肝脾血虚则不养筋。阴、阳跷失调则引起眼睑开合失常而出现面肌瞤动。以经气与阴、阳跷脉相通的八脉交会照海、申脉为主穴调其经气，泻阴补阳，取足太阴原穴太白和三阴交补脾益生化之源，选足厥阴原穴太冲和足少阳腧穴足临泣以调肝益血息风。至于选眼周的睛明、瞳子髎、太阳等穴，在于调理眼周经气，达到疏通经络、调理气血，濡养经筋的作用。

第三十三节　痹　证

一、田从豁

(一)痛痹(风湿性关节炎)《当代中医名家丛书・田从豁临床经验》

张某，男性，41岁，1998年5月18日初诊。主因“两膝关节疼痛，肿胀不断加重月余”前来就诊。1个月前因开车出差，途中劳累后受凉，出现全身疼痛，尤以两膝关节为著，经服用药物(药物不详)后全身症状减轻，但两膝关节仍肿痛，且有加重之势。就诊时所见双膝关节疼痛、肿胀，屈伸不利，步履艰难，甚则不能站立，近2d来双手腕关节及腰脊也感疼痛，舌苔薄白，脉浮紧。诊断：中医为痛痹(风寒外侵)；西医为风湿性关节炎。治则：疏风散寒止痛。治疗：取梁丘、膝眼、阴陵泉、足三里、阳池、合谷、肾俞、气海俞以及脐周4穴。针后施灸，用平补平泻手法，留针30min，每次选2～3穴用温和灸5min，或针上加灸。1周针灸3次。疗效：针灸治疗1次后，膝肿减轻。2诊后疼痛减轻，行动自如，共针24次，临床症状全消。

(二)寒湿型痹证(类风湿关节炎)《当代中医名家丛书・田从豁临床经验》

王某，女，46岁，1998年3月初诊。主因“右肘关节疼痛，屈伸不利1年余”前来就诊，患者年轻时从事运动员工作，中年后转为体育教练，在运动生涯中经常出现关节疼痛，但均未予以重视。1年前右肘关节疼痛伴关节肿胀，症状逐渐加重，并出现关节变形，右肘伸展受限，3个月前开始接受中药治疗，但疗效不显。检查血沉68 mm/h，类风湿因子阳性，诊断为类风湿关节炎，外院予激素及抗风湿类西药，患者因惧怕其副作用，拒绝接受。就诊时所见右肘关节疼痛，肿胀，色不红，肘关节伸展受限，约90°角，疼痛固定，局部喜温恶寒，舌淡苔白，脉弦。诊断：中医为痹证(寒湿型)；西医：类风湿关节炎；立法：祛湿散寒通络止痛。治疗：①针刺脐周



4穴（阴交、水分、肓俞）曲池、天井、肩髃以及肘关节局部阿是穴2～3针，施平补平泻手法，每周3次，每次留针30min。②留针期间红外线灯于肘关节局部熏烤。③肘关节周围敷药。药物：白芥子、细辛、甘遂、元胡等量共研细末，用生姜汁调糊，敷于肘关节局部，每周1次。2诊后患者觉疼痛减轻，关节较前松解舒适。10诊后关节活动度增大。20诊后血沉恢复正常，关节活动度更大，肘关节伸展时可达170°角，之后又巩固治疗10次停诊。3个月后因家中老人病故，昼夜操劳、跪拜，肘关节疼痛又有反复，故再来就诊，又经10余次治疗病情明显改善，此后仍时觉右肘关节疼痛，但活动不受限，能坚持正常的教练工作及操持家务。

（三）风寒阻痹型痹证（颈椎病、臂丛神经痛）《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

王某，男，36岁，1998年4月20日初诊。主诉：左颈肩部及上肢发作性灼痛1年余。病史：患者1年前，无明显诱因醒后而现左颈肩部及上肢灼痛，数分钟后缓解，来院就诊，摄X线片，诊断为颈椎病、臂丛神经痛，经按摩、穴位注射有轻度缓解，近日来发作次数较频，每于夜间疼痛发作，不能入睡，遇寒则疼痛加重，得温则痛减，颈肩部恶风寒，舌淡、苔白，脉浮而紧。辨证：风寒凝聚，而致经脉痹阻不通，发为疼痛。诊断：中医为痹证（风寒阻痹）；西医为颈椎病（臂丛神经痛）。治则：祛风散寒，通络止痛。处方：颈夹脊、肩髃、天宗、曲池、外关、大椎、风门灸后拔罐。治疗经过：患者经5次治疗后，症状缓解，发作次数较前明显减少，又经10次治疗，诸症缓解，未再复诊。

二、魏　稼

热痹（急性风湿性关节炎）《魏稼针灸经验集》

李某，男，36岁。左膝关节红肿疼痛2周，不能行走，伴发热，口苦，咽干，尿黄等症，经血化验诊断为急性风湿性关节炎，治疗无效，转针灸门诊。魏氏据其舌苔薄黄，脉细数等，辨证为热痹，于膝关节部施隔蒜灸，灸至疼痛微解，每次约45min，施灸3次，疼痛减轻，灸6次红肿消退，能行走，共施灸8次，症状基本消失。嘱关节肿痛，即施艾灸以防治。

三、杨甲三

行痹（类风湿关节炎）《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

皮某，女，45岁，1988年10月25日初诊。患者于去年春季感受风寒后，自觉各小关节疼痛而无定处，尤以手指关节疼痛为甚，渐至肘、膝关节亦痛。曾在某医院诊为“类风湿关节炎”。现指关节轻度肿大、变形、拘紧，膝关节活动不利，活动后疼痛更甚，伴疲乏，活动不利，面色萎黄，腹胀便溏，自汗，舌质淡，苔腻微黄，脉弦细。辨证：痹证之行痹。治法：祛风养血，佐以散寒化湿，兼以疏通经络。针灸处方：风池、风府、

膈俞、合谷、太冲、大椎、太白、阿是穴(灸)。方义:风池、风府、合谷行泻法,稍强刺激。膈俞、太白、大椎、太冲行补法。留针20min,每日治疗1次。治疗4次后关节肿痛明显减轻,腹胀便溏、自汗消失。经治疗30余次,面色转为红润,精神转佳,步履较前轻快,各关节肿痛消失。嘱内服玉屏风散及八珍汤以善其后。

四、张涛清

(一)湿热痹(类风湿关节炎)《张涛清针灸治验选》

吴某,女,43岁,干部。自诉:1968年因居住环境潮湿,次年开始周身关节游走性疼痛,疲倦乏力,低热、手足麻木,至1970年开始手指关节和足趾关节疼痛、肿胀,双手指间关节和指掌关节强直变形,持物走路均感困难,经北京某医院诊断为类风湿关节炎,曾用中西药物治疗无效,1970年3月来我院门诊就诊。检查:患者双手指间关节、指掌关节及踝关节、足趾关节肿胀,皮肤潮红,扪之灼手,压痛明显,活动受限,指间关节呈梭形肿,指掌关节呈半屈曲状态,手指偏向尺侧,肩、肘、膝诸关节亦有疼痛,但不红肿,舌尖红,舌苔微黄,脉弦数,诊断为类风湿关节炎,辨为湿热痹,治宜清热、除湿、通络。取穴:风门、膈俞、肝俞、大椎、曲池、申脉、照海、环跳、肩髃、鹤顶、合谷、太冲。以上诸穴每次取8～10个,轮流交替针刺,隔日1次,连续治疗1年后,肩、肘、膝关节疼痛消失,指、趾、踝关节疼痛明显减轻,针治2年后,疼痛消失,关节外形及功能复正常,1977年随访,疗效巩固。

(二)风湿相搏型痹证(风湿性关节炎)《张涛清针灸治验选》

柳某,女,21岁,家属。自诉:1971年9月随夫进入西藏,怀孕流产后,因气候寒冷,加之操劳过多,又用雪水洗涤而经常受凉,造成手指关节及腕关节痛,后来出藏时,又因旅行中气候寒冷,感受风寒,手指、腕关节疼痛加重,相继腰和下肢关节痛,膝、踝关节红肿,痛不可触,以致全身关节疼痛,行动不便,生活难以自理,病情严重时卧床不起,失去运动能力,吃饭、大小便等全靠家人帮助,经某医院检查诊断为风湿性关节炎,1971年10月来我院就诊。检查:患者呈慢性病容,形浮面白,体格消瘦,双膝及双踝关节热痛拒按,关节轻度肿胀,咽红,双侧扁桃体中度肿大,充血,舌淡苔白,脉濡缓。诊断为风湿性关节炎,辨为风湿相搏证。取穴:膈俞、血海、大椎、17椎下、肩髃、曲池、环跳、阳陵泉、阴陵泉、鹤顶、足三里、手三里。以上穴位每次取10～12个,手法用三进一退紧按慢提的烧山火散寒止痛,行气活络。第1次针刺后即能站立并缓慢迈步,但腿不能屈曲,针治7次后,四肢关节伸屈灵活,疼痛解除,即痊愈出院。后来,又曾在严冬季节往返西藏2次,病未复发。

五、郑魁山

(一)行痹(风湿性关节炎)《郑氏针灸全集》

王某,男,54岁,干部。因全身关节窜痛4年,1961年4月15日初诊。患者居



住房屋沿河潮湿，1957年开始发现左腕关节红肿酸痛，红肿消失后，继之左侧肩臂麻木酸痛，每遇风雨天气酸痛加重；1961年1～2月间左侧肢体之大关节有游走性疼痛，逐渐加剧，近十几天来，右膝关节疼痛严重，行走、上楼均感困难，经天津某医院诊断为风湿性关节炎，曾用中西药物、电疗、理疗等治疗效果不显而来我院诊治。检查：膝关节无红肿，内外膝眼周围有较明显压痛，活动范围正常，但活动时疼痛明显，腰骶部左侧胞肓、秩边和肩部的天髎、肩髃等穴处有明显压痛，心、肺、肝、脾未见异常，膝腱反射存在，血常规正常，康克反应阴性，舌质红，苔薄白，脉沉弦。中医辨证系正气虚弱、风寒湿侵袭经络，留于关节，以风气偏胜。采用祛风散寒、疏通经络之法治之。取左胞肓、环跳、右风市、阳陵泉、足三里，针治6次，髋、膝关节疼痛基本消失，能上楼梯，并能骑自行车走5～6里；加取大椎、风门、膏肓、肩髎、与上述穴位轮换使用，治疗至6月1日，针达10次时，全身关节痛完全消失，回原籍工作。

(二)肾气不足型风寒湿痹(风湿性关节炎)《郑氏针灸全集》

程某，男，37岁，干部。因足、膝关节疼痛5年，1957年11月18日初诊。患者1952年开始两脚掌发凉疼痛。疼痛与走路关系不大，走路和休息均感困难，且休息后尚感足底部疲乏，但用热水浸泡或走小石子道路时则疼痛减轻，故每日晚间常用热水浸泡两足。此外，在工作特别紧张之际(如听报告或作报告时)也常不觉疼痛。当年曾在大连某医院诊断为“神经性疼痛”。1954年两膝关节疼痛，每遇天凉或气候改变，皆感疼痛加剧，遇热则感有些减轻，但两足底部疼痛仍无改变，即来北京，经市某医院诊断为风湿性关节炎。因治疗效果不显，而来我院诊治。检查：舌苔白腻，脉沉紧，两膝部外形正常，无红、肿、胀、热等异常改变，但梁丘、血海等处扪之略感疼痛；两足部外形亦无异常改变，足底与常人相同，非扁平足，扪之不痛，且反略感舒适，其他无异常所见。中医辨证系肾气不足、风寒湿侵袭，以寒气偏盛，痹结于膝。采用祛风散寒，利湿止痛之法治之。取梁丘、犊鼻、足三里、阳陵泉、血海用烧山火法，使酸、胀、热感达到膝关节和足部，留针20～30min；治疗至11月30日，针达11次时，膝关节痛和足底凉痛基本消失，每晚已不用热水浸泡。停诊休息1周，12月9日复诊，因遇到天气变化、劳累又感膝部和腰部酸痛。又按上述穴位，加配肾俞、关元俞、胞肓，用烧山火法，使腰部有温热感，治疗至1958年2月11日，针达36次时，治愈停诊。

六、陈全新

寒湿痹(风湿性关节炎)《陈全新针灸经验集》

张某，男，38岁，工人，1998年11月3日初诊。主诉：双膝关节剧痛遇寒加重3月。病史：3个月前患者因工作而冒雨涉水，后出现双膝关节疼痛，遇寒加重，曾在本单位卫生所就医，予以口服吲哚美辛等药治疗，服后疼痛稍有缓解，尚坚持工作。后因关节肿胀曾到某医院求治，经双膝关节X片检查未见异常，检查血沉32 mm/h，



类风湿因子阴性，按"风湿性关节炎"予以解热镇痛西药、散寒止痛中药及按摩等治疗，疗效不明显。近日症状明显，遂来我院针灸门诊，接受针灸治疗。查体：神清，痛苦面容，双膝关节肿痛，遇寒加重，行走困难，舌苔白腻，脉沉紧。诊断：中医为痹证（寒湿痹）；西医为风湿性关节炎。辨证：缘患者冒雨涉水，感受寒湿之邪，邪气侵犯关节、筋、脉，致经络气血痹阻，发为本病。寒性凝滞，寒主收敛，故不通则痛，遇寒加重；湿性重浊，易阻碍气机故绵绵不愈。正如古人云："风寒湿三气杂至，合而为痹，其寒气盛者为痛痹……"。治则：以温经散寒，活血通络为主。针刺按"寒则留之，陷下则灸之"原则，宜少针、深刺久留，多用艾灸。取穴：以病变肢节邻近循经所过之经穴或局部痛处"阿是穴"为主。交替选内外膝眼、血海、阳陵泉、大椎、肝俞、膈俞、肾俞、足三里等穴，针灸并施。手法：针用补法，针后加灸。每日1次。2诊：治疗后，双膝关节疼痛减轻，遇寒稍有加重，关节屈伸明显改善，守原方治疗。3诊：昨日天气变化，双膝关节疼痛加重，活动不利，关节肿胀较前明显，舌质淡苔薄白，脉细数。予以散寒通络，消肿定痛。处方守上方加肾俞以补肾散寒，辅助治疗用吴茱萸拌粗盐炒热，以布包裹热熨病变关节。四诊：患者双膝关节疼痛明显减轻，肿胀消退，关节活动灵活，遇寒冷仍有关节疼痛，检查舌脉同前。治疗同上。5诊：双膝关节活动灵活，关节无明显肿胀，关节疼痛改善，偶遇寒冷稍有加重，舌质淡红，苔薄白，脉缓。治法宗上，手法同前。6诊：患者双膝关节肿胀消失，关节活动稍有疼痛，稍遇寒冷已无明显疼痛加重，舌质淡红，苔薄白，脉缓。处方同上加肝俞以温经散寒，手法同前。7诊：患者膝关节疼痛消失，肿胀消退，关节活动灵活，舌质红，苔薄白，脉缓。守上方巩固治疗。

七、王秀珍

(一)行痹（风湿性关节炎）《刺血疗法》

杨某，男，25岁，农民。全身游走性关节痛伴两手腕关节、指掌关节和两足踝关节肿胀4个月，当地医院给服泼尼松、强筋松、保泰松等药物治疗未效，症状加重，不能行走。1977年10月25日由亲属陪送我院门诊内科求治。检查：体温正常，咽红，扁桃体Ⅰ度肿大，无脓性分泌物，心肺正常，肝、脾未扪及，两手腕关节、指掌关节和两足踝关节肿胀，活动受限。化验：抗链"O"625U，血沉54 mm/h。拟诊断为风湿性关节炎活动期，转刺血科治疗，收住门诊简易病房。刺血治疗4次，每隔12d刺血一次，取穴委中、足临泣、局部阿是穴，关节肿胀消失，痛止，能自行活动。复查抗链"O"333U，血沉1mm/h。于12月1日痊愈出院，住院37d。

(二)寒痹（慢性风湿性关节炎）《刺血疗法》

巩某，男，39岁，技术员，1979年8月16日初诊。双膝关节沉重、疼痛15年。1964年参加建桥施工水中作业，浸泡过久，出现双膝关节疼痛。十多年中经中西药物、针灸、电疗、红外线、膏药等治疗，未见效果，两膝关节酸痛发凉，行走重着无

力。夏季也离不开护膝保温，不能扇电扇，骑车风吹膝盖疼痛加剧。冬季盖着棉被整夜膝关节捂不热。检查：双膝关节不红不肿，压痛（+）。诊断：风湿性关节炎（慢性）。治疗：刺血阴陵泉。8月27日2诊，膝关节疼痛减轻、转温，已去掉护膝，行走有力。刺血条口、阳交。11月15日3诊，双膝关节基本不痛，见风已不怕凉，只在天气变化时有微痛。刺血委中、阴陵泉。第3次刺血后膝关节疼痛消失痊愈，行走正常。

八、贺普仁

热痹（风湿性关节炎）《针具针法》

杨某，女，15岁。右膝红肿疼痛2年余。1986年4月开始发病，右膝红肿，行动不便，日渐肿大，不能站立行走，一般的裤子都穿不进去。纳差，二便正常。检查：右膝部肿胀，色紫红，腿伸不直，体瘦，面黄，舌质淡，苔薄白，脉细弱。辨证：风湿之邪侵入经络，日久化热，气血瘀滞不通。治则：祛风利湿，温通经络，行气活血，荣筋止痛。取穴：鹤顶、犊鼻、阿是穴。刺法：以中等火针，用速刺法，点刺腧穴，及其周围红肿处。隔日火针治疗1次，6次后肿见消，疼痛减轻，停针观察。6个月后复查，肿已消退，仍有疼痛，但较前明显好转，腿已伸直，已能行走。又以火针治疗5次，痊愈。

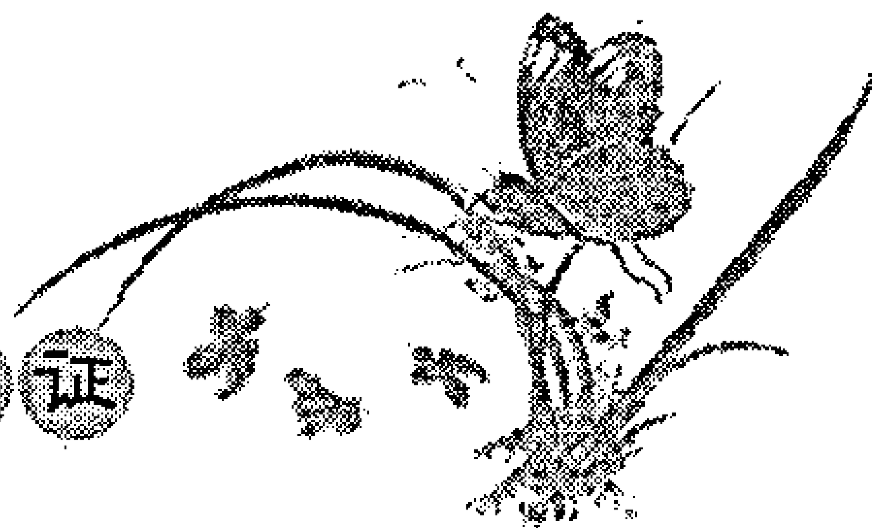
九、钟梅泉

寒痹（风湿性关节炎）《中国梅花针》

齐某，女，53岁，退休工人，1985年12月27日初诊。两上肢诸关节疼痛已10个月。2个月来症情加重，腕、指关节肿痛，肘关节运动不便。双手前后摆动受限，天气变化疼痛加重，痛处得热痛减，腰酸，步履乏力，纳谷欠佳，口干不思饮。曾经几家医院诊断为风湿性关节炎。服中西药物，单验方效果不明显。检查：双腕和中指关节肿胀，皮色不红不热，活动受限，关节压痛明显。在胸椎1～8两侧和腰部可摸到条索、泡状软性物及压痛。脉细稍弦，苔薄质淡。证属寒痹，拟以温经散寒、活络止痛为治。根据病症，选用胸椎1～8两侧、腰部、脾俞、肾俞、关元、曲池、合谷、患部、阳性物处进治。指尖3d放血1次。经梅花针治疗2次后疼痛减轻，治疗8次疼痛显著减轻，关节肿胀消退大半。经治18次症状基本消失。再巩固治疗10次，诸症消失，功能恢复正常。共治疗28次停诊。随访观察1.5年，疗效巩固，未见复发。

【导读】

痹证是由于风寒湿热等邪气闭阻经络，影响气血运行，导致肢体筋骨、关节、肌肉等处发生疼痛、重着、酸楚、麻木，或关节屈伸不利、僵硬、肿大、变形等症状的一种疾病。轻者病在四肢关节肌肉，重者可内舍于脏。西医的风湿病、风湿性关节



炎、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、骨性关节炎等疾病属于本病范畴。中医文献中有关痹证的论述十分丰富。《黄帝内经》不仅提出了痹之病名，而且对其病因病机、证候分类以及转归、预后等均作了较详细的论述。张仲景《金匮要略》有湿痹、血痹，历节之名，巢元方《诸病源候论》又称为“历节风”；王焘《外台秘要》述其症状痛如虎咬，昼轻夜重，而称“白虎病”；严用和《济生方》则称“白虎历节”；朱丹溪《格致余论》又称“痛风”；王肯堂《证治准绳》对膝关节肿大者称为“鹤膝风”，手指关节肿大者称为“鼓槌风”；李中梓《医宗必读・痹》阐明“治风先治血，血行风自灭”的治则，对临床均有较大指导意义。

本节所选医案的作者继承《黄帝内经》的思想，认为痹证发病原因多由卫气不固，腠理空疏，或因劳累之后，汗出当风，或涉水冒寒，坐卧湿地等，以致风寒湿乘虚侵入，发为风寒湿痹。以风、寒、湿、热、痰、瘀痹阻气血为基本病机，治疗应以祛邪通络为基本原则，根据邪气的偏盛，分别予以祛风、散寒、除湿、清热、化痰、行瘀，兼顾“宣痹通络”。痹证的治疗，还宜重视养血活血，即所谓“治风先治血，血行风自灭”；治寒宜结合温阳补火，即所谓“阳气并则阴凝散”；治湿宜结合健脾益气，即所谓“脾旺能胜湿，气足无顽麻”；久痹正虚者，应重视扶正，补肝肾，益气血是常用之法。

田从豁医案：田氏治疗痹证的经验穴是应用脐周4穴（肓俞、阴交、水分），配合应用共奏益肾壮骨，振阳驱邪之功，此为治本之法。根据辨证，风痹者加风池、风市、血海，痛痹者加大椎、关元、命门，着痹者加阴陵泉、阴市，热痹者加大椎、曲池、合谷。再配合局部取穴以疏通经络气血，驱逐局部邪气，此为治标之举。田氏所治病例①辨证为痛痹，西医诊断为风湿性关节炎。其痹证是因劳累后着凉引发，劳则耗气，卫气不足，腠理不固，风寒外侵，闭阻经络，不通则痛。其病因是风寒之邪，针对病因施以针加灸法，针以疏经通络，灸以温经散寒，针灸并用经气得以通，邪气得以散，痹证以除。病例②辨证为寒湿型痹证，西医诊断为类风湿关节炎。类风湿关节炎病属难治。该患者因从事体育工作，经常汗出，汗出当风、寒湿之邪随风入侵，阻滞经络关节而发痹痛。因其病程较长，关节已变形，所以治疗拟毫针、神灯、药物外敷三管齐下，由于辨证准确，施术多样，尽管为疑难病证，同样也能取得满意的疗效。病例③辨证为风寒阻痹型痹证，西医诊断为颈椎病、臂丛神经痛。其患者因颈椎病而致臂丛神经疼痛，且感寒则重，遇温则减，其舌淡白，其脉浮紧。证、舌、脉皆为风寒痹，因寒为阴邪，故夜间阴盛而疼痛更剧，阴病而治阳，故选取穴位多以阳经穴为主，阳气得振而寒湿自化。大椎振奋卫阳、风门去风，再于二穴施灸拔罐使湿气得化，寒气得散，故虽其患病已久，但辨证得当，施法正确，故其痛症得解，经络得通。

魏稼医案：所治病例辨证为热痹，西医诊断为急性风湿性关节炎。本例患者左膝关节红肿疼痛2周，不能行走，伴发热，口苦，咽干，尿黄，舌苔薄黄，脉细数等，辨



证为热痹。魏氏主张热证可灸的理论，认为灸法可以热引热，使热外出。另外通过灸法可以助阳，从而达到阳生阴长的目的。风湿热痹与疮疡疖肿之阳证虽然不同，但两者病机相似，据异病同治，所以用灸法治热痹屡获佳效。

杨甲三医案：辨证为行痹，西医诊断为类风湿关节炎。患者于去年春季感受风寒后，自觉各小关节疼痛而无定处，现指关节轻度肿大变形，膝关节活动不利，活动后疼痛更甚，伴疲乏，活动不利，面色萎黄，腹胀便溏，自汗，舌质淡，苔腻微黄，脉弦细。诊断为行痹。治疗选用风池、风府二穴为疗风之总穴，均以善治风邪得名，配血会膈俞乃治风先治血、血行风自灭之意。太冲为肝经原穴，又为输穴，应脾，有调肝健脾化湿作用，配手阳明大肠经原穴合谷，为脏腑原穴相配，具有疏风化湿、通络止痛之功。因兼有肺虚表阳不固，故加督脉之大椎以助阳散寒固表，加脾经原穴太白以健脾运湿。共奏祛风养血，佐以散寒化湿，兼以疏通经络之功。

张涛清医案：张氏认为针灸是治疗痹证比较理想的方法，但要早治，长期治，坚持治。常用分部位取穴治疗，如肩关节痛取肩髃、肩髎、肩贞、臂臑、胸前、肩后。肘关节痛取曲池、尺泽、手三里、合谷。腕关节痛取阳池、外关、合谷。髋关节痛取秩边、环跳、伏兔。膝关节痛取伏兔、阳陵泉、膝眼。踝关节痛取中封、丘墟、昆仑、太溪、解溪可收到显著疗效。所治病例①辨证为湿热痹，西医诊断为类风湿关节炎。治宜分部取穴以清热、除湿、通络。张氏认为风湿性关节痛，是风湿病引起的，已知道引起本病的原因与链球菌毒素的反应有关，所以预防风湿病的发生是治本的方法，应防止上呼吸道感染，对猩红热、急性扁桃体炎、咽炎、中耳炎、淋巴结炎应积极彻底治疗，已患风湿病的患者，应积极治疗，并预防链球菌的再感染，可以防病于未然。病例②辨证为风湿相搏型痹证，西医诊断为风湿性关节炎。特色针刺手法采用三进一退紧按慢提的烧山火以行散寒止痛，行气活络之功。

郑魁山医案：所治病例①辨证为行痹。病例②为肾气不足型风寒湿痹，西医均诊断为风湿性关节炎。病例①为正气虚弱、风寒湿侵袭经络，留于关节，以风气偏胜。选取胞肓、环跳、风市、阳陵泉、足三里、大椎、风门、膏肓、肩髎等穴以祛风散寒、疏通经络。病例②为肾气不足、风寒湿侵袭，以寒气偏盛，痹结于膝。其梁丘、血海等处扪之略感疼痛，故选取此二穴加取犊鼻、足三里、阳陵泉，采用烧山火法以祛风散寒，利湿止痛。

陈全新医案：陈氏对痹证刺法，主要根据《灵枢》“热则疾之，寒则留之，虚则补之，实则泻之，陷下则灸之”原则。在明确辨证的前提下，整体和局部相结合取穴，擅长运用有关脏腑背俞及八会穴。所治患者感受寒湿之邪，以寒邪偏盛，寒邪凝滞，留滞关节，致关节肿胀剧痛，活动不利，遇寒加重，舌质淡，舌苔白腻，脉沉紧。证属寒湿痹以温经散寒，活血通络为原则，以少针、深刺久留加灸，以布包裹炒热之吴茱萸拌粗盐，热熨病变关节进行辅助治疗而获愈。

王秀珍医案：王氏治痹以擅长刺疗著称，且取穴少而精。认为治疗痹证的原则



为通络祛邪，久病宜扶正补益血气。刺血可以疏通经脉中壅滞的气血，“通其经脉，调其气血”使气血运行通畅，通则不痛，而收到良好镇痛消肿效果。所治病例①、②西医均诊断为风湿性关节炎。王氏选取头部太阳、上肢曲泽、下肢委中为主穴，再根据不同的病症，配伍辅穴进行刺血治疗，疼痛明显减轻，理化指标检测也渐趋正常。

贺普仁医案：贺氏认为鹤膝风病位在膝关节，而关节为筋之所聚之处。气血供养不充，正虚邪侵，痹阻气血经络而成本病。因其病灶局限，气血不充，故用一般药物治疗难以达其病所，很难取得佳效。毫针治疗本病则显势微力弱，亦难取速效，尤其是急性期则更难奏效。唯火针疗法能直达病所，功效突出，扶正祛邪，因而迅速生效。关节经络气血流通，下肢肌肉亦有所荣，故股胫也能渐渐恢复强壮。所治病例辨证为热痹，西医诊断为风湿性关节炎。贺氏取穴鹤顶、犊鼻、阿是穴。以中等火针，点刺腧穴及其周围红肿处，经治痊愈。

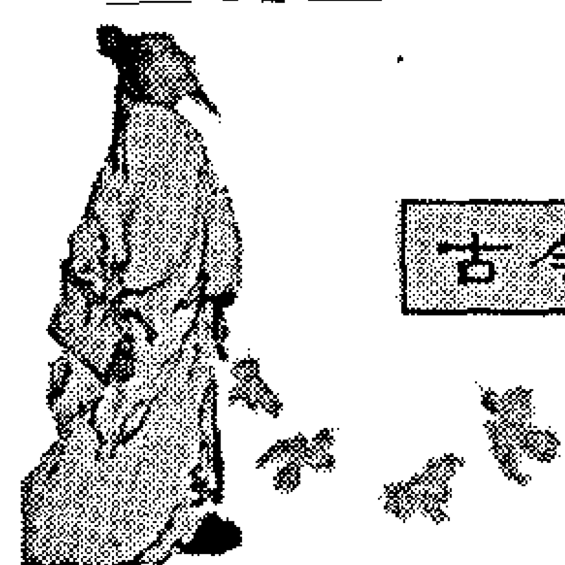
钟梅泉医案：钟氏认为由于风寒湿邪侵犯肢体部位不同，可在身体不同体表处出现阳性物和阳性反应。病患在上肢可在颈椎5～7两侧、胸椎1～4两侧及患部发现异常；病患在下肢可在腰部、骶部、臀部及患部发现异常。梅花针对痹证疗效较好，一般都能减轻症状，对运动障碍者有改善功能作用。所治病例辨证为寒痹，西医诊断为风湿性关节炎。钟氏拟以温经散寒、活络止痛为治。根据病症，选用胸椎1～8两侧、腰部、脾俞、肾俞、关元、曲池、合谷、患部、阳性物处采取梅花针叩刺，予以中等程度刺激，患部和阳性物，阳性反应区采取较重刺激，指尖放血而愈。

第三十四节 痿 证

一、杨永璇

(一)湿热郁蒸，阳明络脉空虚型痿证(脊髓灰质炎瘫痪初期)《杨永璇中医针灸经验选》

李某，男，4岁。初诊：颈背强直4d，四肢不能自动。某儿童医院转院病史介绍：4d前颈背强直，发热，多汗。检查：一般情况尚佳。咽部略充血，扁桃体肿大，颈背强直，扳之有阻力，腰背四肢肌肉疼痛，左上肢呈弛缓性瘫痪，右上肢及两下肢均软弱少力，肌张力尚佳，感觉正常，大小便能自解。住院2d，发热37.8～38℃。曾注射青霉素、链霉素等药，无明显效果。脑脊液检查：每分钟58滴，外观清、透明，化学分析：蛋白微量，血糖＞50mg/100ml。血常规：白细胞11.5×10^9/L(11 500/mm^3)，中性0.59，淋巴0.35，单核0.03，嗜酸性0.01，嗜碱性0.02；红细胞3.1×10^{11}/L(310万/mm^3)，血红蛋白11.6g/dL。大便常规：蛔虫卵(卌)。尿常规：黄浊，碱性，蛋白质(－)，糖(－)，三磷酸盐结晶(卌)。X线胸部透视为阴性。



诊断为小儿麻痹证。建议转院针灸治疗。检查：体温 38℃，精神疲乏，颈项背强直，左上肢弛缓性瘫痪，右上肢及两下肢软弱，不能站立起坐，膝反射消失，瞳孔对光反应迟缓。脑脊液检查：每分钟 68 滴，外观清，透明。病机分析：感受时邪，暑湿方张，元气先伤，无能克敌，故发热有汗不解。风伤太阳之经，发为背脊颈项强直，邪中肢节，搏于肌肤，挟热而为缓纵不遂，血气不行，致身体手足筋脉不收。此湿热郁蒸，津液受灼，阳明络脉空虚，督脉约束失司，故为筋脉失于滋养而致痿躄。诊断：痿证（脊髓灰质炎瘫痪初期）。治疗方法和计划：取穴：天柱、大杼、肩髃、曲池、列缺、内关、合谷、外关、环跳、风市、足三里、三阴交、太溪、解溪、太冲、行间（均双），每次取 6～9 穴，轮流使用。手法：第 1 疗程用单刺法，第二疗程用留针法。留针 5～10min。疗程：每 3 日针治 1 次，以 36 次为 1 个疗程，停针观察 2 个月，再继续第 2 个疗程。治疗经过：患者经针治 4 次后，体温下降到正常范围，颈项强直渐减，四肢肌肉疼痛转缓，除左臂仍不能动弹外，右臂及两下肢均能活动。针治 7 次后，左手指亦渐活动。治疗 15 次后，左臂活动有力，已能起坐。治疗 25 次后，已能站立。治疗 35 次后，能扶持而行。按治疗计划，停针观察。2 个月后复查，已能独立行走 2～3 步。继续第 2 疗程。前后共计治疗 66 次历时 11 个月，除左手中小 3 指微拘少力外，其余均恢复，已能走路。趋向痊愈，治疗效果满意。

(二)高热灼肺，肺热叶焦型痿证（脊髓灰质炎后遗症）《杨永璇中医针灸经验选》

甘某，女，2 岁。初诊：两下肢麻痹已 18d。始由高热，经某儿童医院抽取脑脊液检查，诊断为脊髓灰质炎，转送某传染病医院隔离治疗。今出院，后遗足痿，双足麻痹以左足为甚，膝反射消失，神色委顿，声音低沉，右腹肌微突出，汗多，食欲减。脉微数，苔薄黄燥。此为高热灼肺，肺热叶焦，复缘阳明络脉空虚，湿郁成患。《素问·痿论》载："阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，宗筋主束骨而利机关也。……故阳明虚，则宗筋纵，带脉不引，故足痿不用也"。拟取阳明利经络为先。针灸方法：气冲、阳陵泉、上巨虚、解溪、昆仑、行间（均双）、腹结（双）（均泻法）用半刺法，开合补泻法，自右而左，不留针。2 诊：第 3 天，即间隔 1d。络脉稍和，双足麻痹无力略有好转，胃纳稍增。针灸方法：同上。3～5 诊：连续 3 次，原方隔日针治 1 次。6 诊：第 11 天，即间隔 1d。下肢伸展自如，能倚椅靠立，拟兼通奇经。针灸方法：同上方去昆仑加筑宾（双）（补法）余依上方。7～16 诊：连续 10 次，上方隔日针治 1 次。17 诊：第 33 天，即间隔 1d。双足已能站立，会扶壁行走，但尚不能俯下。针灸方法：同上方加环跳（双）（泻法）、悬钟（双）（补法）余如上方。续针 8 次，上方每间隔 1d 针治 1 次。症状完全消失。痊愈停针。

二、张涛清

(一)内热兼气血两虚型痿证（格林-巴利综合征）《张涛清针灸治验选》

刘某，男，37 岁，干部，1975 年 7 月 13 日初诊。自诉 1975 年 7 月 8 日自兰州



去河西出差，即日感受风寒，全身发凉，不适，次日又步行参观1d，回旅馆后觉周身酸软无力，第3天乘车返兰州，下车时感觉两小腿以下至足麻木无力，当晚麻木感向上发展至小腹，生殖器，肛门等部，两足麻木，酸软，走路如踩在弹簧上一样。7月13日遂来我院就诊。检查：患者神志清楚，膝反射较活跃，其他反射正常，舌淡苔白，脉细数。经西医会诊，诊断为格-林巴利综合征，辨为痿躄证，为内热兼气血双虚而发病。取穴：以环跳、足三里、阳陵泉、三阴交、昆仑、委中、阴陵泉为主，以伏兔、髀关、太溪、风市、蠡沟、曲泉、然谷为选配穴。方法：隔日针刺1次，先泻后补，不留针。针治5次后，麻木感下至膝关节，12次后，足软如踩弹簧感消失，但膝关节以下至足跟，足趾仍麻木，继续治至22次时，病情大为减轻，针治27次而告痊愈。

(二)气滞血瘀型痿证(脊髓灰质炎)《张涛清针灸治验选》

曾某，男，10个月。1955年4月26日发热，咳嗽、烦躁不安，第2天下午出现惊厥，某医院诊断为上呼吸道感染而住院治疗，体温40℃，时有抽搐，意识不清，颈项强直，膝反射增强，腹壁反射消失，经用青霉素治疗，于4月28日体温下降到38℃，抽搐停止，苏醒。但发现左侧上、下肢瘫痪，化验检查：血象：白细胞15.15×10^9/L(15 150/mm^3)，中性0.53，淋巴0.45，单核0.01，嗜酸0.01，脑脊液：色白稍浊，白细胞315个，中性23%，淋巴77%，诊断为脊髓灰质炎。4月29日转我院针灸治疗。检查：咽红，苔薄腻，脉细数，辨为气滞血瘀证，治宜补气活血，平复阴阳。取穴：天柱、大椎、身柱、17椎下、肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、绝骨，除大椎、身柱、17椎下3穴外，其余腧穴均取患侧，进针达一定深度后施以捻转泻法，不留针，隔日针刺1次，共针治11次，肢体活动恢复正常，痊愈出院。

(三)湿热型痿证(脊髓灰质炎)《张涛清针灸治验选》

常某，男，2岁。1960年4月28日发热出麻疹，住某医院治疗，麻疹痊愈后，发现两下肢软弱无力，不能站立，诊断为"脊髓灰质炎"，转我院针灸治疗。检查：体温37℃，脉搏84/min，呼吸20/min，两下肢肌张力减退，腹肌弛缓呈膨出状，膝腱反射减弱，面颊潮红，多汗，翻身困难，舌红苔黄腻，脉细数。辨为湿热证。治宜清利湿热，通经活络。取穴命门、17椎下、环跳、委中、足三里、阳陵泉、绝骨、昆仑；进针达一定深度后施以捻转泻法，不留针，隔日针刺1次，针2次后能站立并在搀扶下可以行走，针刺5次后，可以自行行走数步，但膝关节发软。取上穴加鹤顶，再针8次而病愈出院。

(四)虚风内动型痿证(结核性脑膜炎)《张涛清针灸治验选》

丁某，女，20岁，家庭妇女。自诉1953年曾患咳嗽咯血症，经治疗症状消失。1953年5月开始发热头痛，逐渐加重，不时发生昏迷，至7月，因出现高热，抽搐，神呆。经某医院检查，诊断为结核性脑膜炎，收住院治疗1个月余，发热、头痛，抽搐等症消，出现下肢麻木无力，发软，逐渐行走困难，继而瘫痪不能行走，并伴有大小

便失禁，经针灸治疗2个月余，大小便得到控制，唯下肢瘫痪不用，视物不清，1957年3月转我院针灸治疗。检查：患者面色苍白唇青，神志清楚，语言清晰，目斜呆视，时有颈项强直，两下肢痿软不能站立，小腹自觉有麻木感，血压106/80mmHg，脉博99/min，呼吸17/min，腹部无压痛，自脐以下触痛等感觉均消失，两下肢不能屈伸活动，呈弛缓性瘫痪，膝反射亢进，巴宾斯基征阳性。血常规化验：血红蛋白10克%，红细胞3.8×10^{11}/L(380万/mm^3)，白细胞6.65×10^9(6 650/mm^3)，中性0.62，淋巴0.34，大单核0.04。舌质淡红，苔白润，脉沉细数。辨为虚风内动证，治宜益气养血，柔肝熄风。取穴：命门、17椎下、肾俞、环跳、委中、阳陵泉、足三里、太冲、三阴交；轮流针刺，进针得气后施以平补平泻手法，留针20min，行针2～3次，起针后用艾条温和灸3～5min，隔日针灸1次，10次为1疗程。治疗5次后，两下肢可做伸屈活动，并逐日好转，1个月后能扶双杖移步行走，至4月20日可不扶杖行走。连续针灸治疗2个月，两下肢功能恢复正常。后因视力恢复较慢，又治疗2个月，1957年8月6日痊愈出院。

（五）阴虚火旺型痿证（结核性脑膜炎）《张涛清针灸治验选》

侯某，女，26岁，干部，1957年6月7日入院。自诉：1956年2月在某医院进行剖宫产后，是日晚发热，以后每天午后发热，3月12日开始头痛、恶心，呕吐，手足震颤，经X线透视检查，诊断为两肺粟粒性结核，即用链霉素，异烟肼等抗结核药物治疗。4月初，头痛如裂，烦躁，盗汗，纳呆，并觉两腿麻木，腹部皮肤感觉异常，随之便秘，小便癃闭，导尿6个月多，两下肢失去活动能力，继之自脐以下麻木，两下肢瘫痪不用，昏迷不省人事，经积极治疗至5月中旬始神志清楚，但下肢瘫痪仍无改变，有时不由自主的剧烈跳动，抽搐，9月初请张老会诊，曾取气海、三阴交2穴针刺，连治4次，小便由癃闭转为失禁。继用针灸治疗1个月，小便始能控制，两腿抽跳减轻，由某医院转我院，患者要求针灸治疗。检查：患者面色皖白，神志及语言清楚，自述饮食欠佳，睡眠不好，小腹及腰部麻木，下肢瘫痪，时有抽搐，体温36℃，脉搏78/min，呼吸18/min，血压106/80mmHg。下腹部有两条纵形手术瘢痕，腹部自脐上4.5cm处以下，背部自第1腰椎以下知觉减退，位置觉迟钝，右腿能抬高15°，立即下落，左腿不能抬起。辨证为阴虚火旺证，治宜养阴清热，熄风止痉。取穴：命门、17椎下、肾俞、环跳、委中、阳陵泉、三阴交、风市、风池、风府；轮流针刺，针刺得气后施以平补平泻手法，留针20min，行针2～3次，起针后用艾条温和灸3～5min，隔日针灸1次，治疗6次后，自觉下肢较前有力，能下地双手扶床边站立，再针8次后，可一手扶杖站立，两下肢有冷觉和痛觉，但热觉迟钝，再针8次后，可扶床移动数步，治疗到9月中旬时，可扶双杖行走，至1958年2月12日患者扶杖行走，能生活自理而出院。

（六）肝肾亏虚型痿证（截瘫）《张涛清针灸治验选》

储某，男，28岁，军人，1953年4月初诊。自诉：初患病时，只感觉两下肢麻木



无力，以后逐渐加重，发展至下半身瘫痪不用。无外伤史。曾在东北某医院住院治疗8个月，治疗未效。诊断未定，曾怀疑为“脊髓空洞症”、“腰椎结核”等病，1952年转来兰州，住康复医院疗养。多方治疗无效，遂要求针灸治疗。检查：见患者面色苍白，消瘦，两下肢瘫痪，肌萎缩，发凉，感觉消失，舌淡苔白滑，脉沉弱。诊断未定，辨为痿证，治宜补益肝肾。取穴：筋缩、脊中、命门、腰阳关、17椎下、肾俞、肝俞、环跳、委中、阳陵泉、足三里、三阴交、昆仑；手法：以上诸穴，每次选12～14个（单穴取个，双穴取对）轮流针刺。选用强刺激泻法后留针20min，间歇期行针2～3次，行中强刺激平补平泻，出针时再行泻法，隔日1次，背部穴位同时加灸。针治3次后，患者能坐于床沿，双腿下垂微能活动。后来张氏因出差离兰州，中断治疗2个月，回兰州市后，继续予以针灸治疗。1个月后，可下床倚墙行走，共治7个月，患者由扶双杖行走到扶单杖行走，最后不用杖行走。

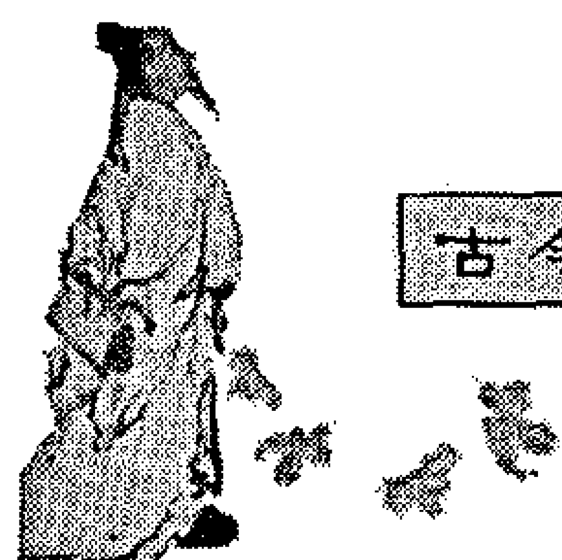
(七)脾肾两虚型痿证(眼肌型重症肌无力)《张涛清针灸治验选》

王某，女，50岁，山东烟台市人。自诉：4年前，因患感冒发热，热退后继之食欲不振，神疲乏力，在不知不觉中两眼上睑下垂，遮盖瞳孔，不能睁眼视物，早轻晚重，看东西时需用两手提起眼皮，生活起居甚感不便，曾在大连、烟台等地医院诊断为眼肌型重症肌无力，经服中西药物，打针治疗，症状不见好转。1973年12月，适逢张氏回乡探亲，即求针刺治疗。检查：见患者两眼睑下垂，需仰首张口，靠手指拉起上眼睑方能视物，纳呆，乏力，舌嫩无苔，脉虚无力。诊断为眼肌型重症肌无力，辨为脾肾两虚，以脾虚为主，治则以补脾，通经络，宣调气血为主，兼予补肾。取穴：风池、头临泣、阳白、太阳、攒竹、合谷、脾俞、肾俞、三阴交、足三里；先针两侧脾俞、肾俞，针尖斜向脊柱，刺入脾俞0.8寸，肾俞1.5寸，进针后行提插捻转，使针感分别放散到胃脘和阴谷穴处，次针三阴交、足三里。三阴交直刺1寸，针感至足心及足大趾，足三里直刺1.5寸，针感下至足背，上至气冲，患者自觉有蚁行凉感。后针风池，直刺1寸，针感下至腰部。头临泣、太阳、阳白、攒竹、合谷针刺得气后行提插捻转手法，辅以震颤运针，用较强刺激，留针30min，每10min行针1次，以加强针感，使气至病所。针2次后，上眼睑可以抬起，能借助张口皱额动作睁眼视物，但不能久视，觉眼睑无力，后改为间日针刺1次，每次留针30min，每10min行针1次，继续针至10次时，上眼睑功能恢复，已不下垂，活动稍欠灵活，继用上方连针20多次，恢复正常。

三、郑魁山

(一)肺热叶焦，津液消耗型痿证(感染性多发性神经炎)《郑氏针灸全集》

易某，女，6岁，儿童。1979年4月29日因双下肢不能抬举，两下肢不能站定3d而住院。患儿于4月27日早晨起床时突然跌倒，随后即不能站立，4月28日出现发热、咳嗽、呼吸急促，手不能上举，在当地卫生院治疗无效，症状逐渐加剧而转



我院。检查:患儿体温 39.5℃,神志清楚,颈无抵抗,瞳孔等大,对光反射灵敏,呼吸表浅、急促,42/min,两肺满布中小水泡音,心律齐、心率快,120/min,未闻及明显杂音,腹膨胀、软,肝脾未触及;两下肢不能屈伸,痛觉减退,不能翻身,不会坐定,上肢不能抬举,手不能握物,四肢肌力差,四肢远端皮肤温度低,反射明显减弱,巴宾斯基征阳性,脉细数,舌尖红,不能伸出口外。血常规:血红蛋白 10g,白细胞 14.6×10^9/L,中性 0.76,淋巴 0.24;脑脊液常规:无色、透明、蛋白阳性,细胞总数 30 个/mm^3,白细胞 4 个/mm^3,糖 1～5 管阳性。西医诊断为感染性多发性神经炎,中医辨证系肺热叶焦、津液消耗。采用清热养阴,宣通肺气之法治之。针大椎、肺俞、列缺、少商、照海,用点刺法出血,每日 1 次,配合吸氧。治疗至 5 月 2 日,患儿病情好转,呼吸平稳,两肺湿啰音明显减少,但四肢仍不能活动,脉濡,舌苔黄腻;中医辨证为脾胃湿热。采用清热利湿,健脾助运,疏通经络之法。取曲池、列缺、合谷、足三里、三阴交、照海,用泻法;治疗至 5 月 4 日,针治 5 次时,四肢稍能活动,痛觉明显好转,继续针刺以上穴位,改用平补平泻法,治疗至 5 月 18 日,针达 14 次时,上肢能抬高过头,握力良好,两下肢能站立,能自行上厕所,到锅炉去打水等,要求出院。经同年 9 月 1 日随访,再未进行任何治疗,上下肢活动自如,能跑、能跳。

(二)肝肾阴虚,筋骨失养型痿证(感染性多发性神经炎)《郑氏针灸全集》

王某,男,18 岁,农民。1974 年 10 月 16 日因四肢瘫痪,咳脓痰 10d 而来住院。患者 10d 前发热、咳嗽,胸痛,继则口吐痰涎,四肢瘫痪,住某医院诊治,住院 9d,诊断为传染性多发性神经炎,经用氢化可的松、氯霉素、链霉素、维生素 B_1、维生素 B_{12} 等药物及吸氧、输液各方面治疗,病情继续加重,即以病危而转来我院。检查:嗜睡,体温 39℃,颈无抵抗,瞳孔等大,对光反射存在,喉中痰鸣、呼吸微弱,两肺满布中小水泡音和痰鸣音,心音较钝,律齐、心率快,110/min,未闻及明显杂音,腹柔软,肝脾未触及,四肢瘫痪、不能活动、不能翻身,膝腱反射消失,病理反射未引出,四肢痛觉明显减退,脉细数,舌伸不出,脑脊液无色透明,蛋白阳性,糖 1～5 管阳性,细胞总数 34 个/mm^3,白细胞 4 个/mm^3,西医诊断为感染性多发性神经炎;中医辨证系肺热叶焦,津液消耗。采用清热养阴,宣通肺气之法治之。取大椎、肺俞、列缺、少商、照海,用点刺法出血,每日 2 次,治疗至 10 月 17 日,喉中痰鸣声消失,痰涎减少;治疗至 10 月 20 日,针达 5 次时,精神好转,无痰涎上涌,呼吸平稳,两肺湿啰音不明显,心音较前有力,律齐,每餐能吃半碗米粥,每日 3 餐,但自觉腰痛,四肢酸软不能动,头昏发晕,四肢肌肉萎缩,脉弱,舌红少苔,中医辨证为肝肾阴虚、筋骨失养。采用补肾益肝、疏通经络之法治之。取曲池、列缺、合谷、足三里、三阴交、照海,用补法,留针 10min,每日 1 次;足三里、关元俞、秩边、血海,做穴位埋线,每 7d 1 次,治疗至 10 月 29 日,又针治 9 次,埋线 2 次,患者四肢稍能活动,下肢可屈伸,手能抬高至胸,握力仍差,扶起能坐 30min 左右,饮食良好;治疗至 11 月 15 日,又针治 16 次,埋线 2 次,患者能自己坐起,并能站立,自己能端碗吃饭,治疗至 11 月



22日,针达36次,埋线5次时,患者能下床散步,走路端正,手能抬高过头,握力良好,症状完全消失,检查恢复正常而出院,3月1日随访,一切良好,已参加生产劳动。

(三)五脏受热,津液消耗型痿证(脊髓灰质炎瘫痪期)《郑氏针灸全集》

姚某,女,5岁,儿童,农民。因两腿不能站4d,1974年8月16日初诊。患者10d前持续发热5d后,发现患儿不能站立,不能行走,逐渐加剧。检查:扶着能站,不能抬腿、屈膝,不能迈步,两腿肌肉松软无力,以右侧明显,右膝内侧明显压痛,双膝反射未引出,面黄,苔薄白,脉细数,108次/min。中医辨证系五脏受热、津液消耗,经络失养。采用理气活血、疏通经络之法治之。取双秩边、环跳、四强(大腿伸侧正中线,髌骨中线上4.5寸)、血海、足三里、三阴交,用热补法,不留针,针治3次时,腿即能站,压痛消失;治疗至8月28日,针达10次时,患儿走路恢复正常,膝腱反射恢复正常,治愈停诊。11月29日复查情况良好。

(四)津液耗损,筋肉失养型痿证(脊髓灰质炎瘫痪后期)《郑氏针灸全集》

王某,男,3岁,儿童。因右腿不能站立1.5年,1976年10月28日初诊。患者1975年5月持续发热3d后,发现右腿不能站立,不能行走,直至现在右下肢皮肤发凉、变细。检查:右腿不能站,皮肤发凉如冰,膝腱反射消失,右侧臀部和下肢肌肉松软萎缩。膝上梁丘穴处周径左20cm,右18cm,踝上三阴交穴处周径左14cm,右12cm,右膝向后反屈畸形,面黄、苔薄白、脉细缓,80次/min。中医辨证系五脏受热、津液耗损,经络筋肉失养。采用理气活血、温通经络之法治之。取右关元俞、秩边、环跳、阴市、血海、足三里、三阴交,用热补法,针治3次,皮肤温度好转;即取右秩边、四强、血海、足三里、三阴交埋线。7～10d埋线1次,治疗至12月24日,埋线5次,针治10次时,右腿皮肤温度与健侧对比恢复正常,肌肉萎缩有好转,扶着能走;治疗至1977年4月25日,埋线达15次,针达24次时,肌肉萎缩明显好转,走路恢复正常,膝腱反射恢复正常,治愈停诊。1977年10月29日复查,右腿能单独弹跳35次,右下肢萎缩已不明显(膝上梁丘穴处周径左22cm,右21.5cm,踝上三阴交穴处周径左16cm,右15.5cm)。

四、杨甲三

(一)脾气虚弱,宗筋失养型痿证(眼睑下垂)《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

段某,女,71岁,1995年8月4日初诊。患者患糖尿病4年余。1个月前无明显诱因突然出现右侧上眼睑抬起困难,妨碍视物,下午加重,睁眼困难。无外伤史,纳可,寐安,二便调,舌淡黯苔薄,脉沉细。诊断:眼睑下垂。辨证:脾气虚弱,宗筋失养而致上睑下垂。治法:健脾益气,疏通经脉。针灸处方:睛明、攒竹、阳白、丝竹空、瞳子髎、二神、合谷、阳池;刺法:眼周围穴多采用1寸短针浅刺,刺入肌肉浅层,

余穴施以补法。留针40min，每周2次。1995年8月22日2诊，经5次治疗后，右侧上睑已能自然蠕动，余症同前。继续治疗。1995年9月16日3诊，经10次治疗后，右侧上睑下垂已基本恢复正常，视物正常。嘱其巩固治疗2次，且加针双侧足三里以补气养血。1年后随访，症状未见复发。

(二)脾胃虚弱，阳跷失荣型痿证(重症肌无力)《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

王某，男，12岁，1990年1月3日初诊。患者缘"右侧眼睑下垂8个月余，伴眼球活动不利"由东北专程进京求治。患者于1989年4月份无明显诱因突发右侧眼球活动不利，右眼睑不能上抬，在北大医院就诊，新斯的明试验阳性，胸片及CT正常。予诊"重症肌无力"。经对症治疗，效不明显，并逐渐发展至左侧。刻下症见：双侧眼睑下垂，不能上抬，眼球活动欠灵活。形体瘦弱，面色欠华，动甚则胸闷憋气。舌红苔薄黄，右脉滑而小数，左脉弦细小数。诊断：中医为睑废；西医为重症肌无力。辨证：脾胃虚弱，清气不升，阳跷失荣。治法：益气升清，养跷通经。针灸处方：风池、阳白、睛明、合谷、太冲、公孙、申脉、外关、脾俞、胃俞。脾俞、胃俞、太冲、合谷、申脉施补法，余穴平补平泻。每日1次，留针30min。1990年1月17日2诊，经治10次，患儿症状有所缓解，效不更方，继续治疗。1990年2月1日3诊，再治10次，患儿眼睛睁开较前明显增力，面色转佳，乏力气短症减。因患儿家居外地，不便长期逗留，故嘱其返家后继续治疗。后随访患儿坚持治疗，病情减轻，基本能睁开眼睛，眼球活动灵活。

五、魏稼

脾阳不足，中气下陷型痿证(重症肌无力)《魏稼针灸经验集》

朱某，女，20岁，学生。双眼睑下垂几乎不能开启已2个月余，曾在多所医院就诊，诊断为重症肌无力。胸腺无异常发现，伴斜视与复视，晨轻夕重，劳累及风吹后加剧。面色苍白，恶风寒，腹微痛，便溏，纳少，神疲，少气懒言，舌苔白腻，脉细弱。证属脾阳不足，中气下陷，师东垣、罗谦甫学说，用上巨虚、足三里、中脘、脾俞、胃俞、攒竹、太阳、合谷等穴针刺，10余次显效。又思窦材扶阳有"灼艾第一"之说，乃于上穴加神灯照，使之有微微灼痛感，每次约30min，令局部潮红，患者腹痛渐止，食欲渐增，面色红润，大便正常，不再畏寒，眼睑已能开启，月余而愈。

六、陈全新

湿热型痿证(丘脑综合征)《陈全新针灸经验集》

简某，女，13岁，学生。主诉：右侧肢体痿软无力3个月。病史：患者3个月前出现低热，间歇性腹痛，2周前出现眩晕后，渐感右侧上下肢为痿软无力，口角歪向左侧，语言不利而被迫停学，进某医院住院诊治，经神经科会诊为丘脑综合征，并可



能波及内囊椎体束。经治疗月余，由于病情未能改善而前来我院针灸科就诊。既往健康。检查：慢性病容，家人伴扶，神情呆滞，语言不利，鼻唇沟变浅，口角向左歪斜，右侧肢体痛、温觉减弱，右侧上下肢震颤，位置觉消失，右上下肢肌力4级，腱反射(+)，未引出病理性神经反射。心肺正常，腹软，肝脾未能触及，肠鸣音稍亢进。舌淡，苔薄黄腻，脉濡数。诊断：中医为痿证(湿热型)，西医为丘脑综合征。治疗：清热祛湿、通经活络。取穴：足三里、曲池、三阴交。配穴：大肠俞。操作：足三里、三阴交、曲池用平补平泻法，大肠俞用梅花针叩刺。隔日治疗1次，10次为1疗程。2诊：眩晕稍退，腹痛改善，患肢尚萎软，神志微烦，夜寐不宁，舌苔薄黄，脉濡数。治疗仍宗原意。3诊：病势稍减，还取足三里、三阴交，以疏通脾胃气机，再配内关、肾俞，以交通心肾。4诊：眩晕明显改善，神志较安静，胃纳好转，右手伸展较灵活，下肢步行有力，舌苔薄腻，脉濡数。此系脾胃运化功能始复，湿热得化，故腹痛缓解，食欲增加，经脉气血得充，故眩晕肢痿改善。仍遵前法，佐以梅花针叩刺脊腰椎膀胱经，以益督养元，调和脏腑经气。5诊：精神较充沛，语言清晰，患肢活动继续改善，腹痛消失，胃纳佳，脉濡数，苔薄润，治疗仍宗原法。6诊：眩晕偶现，患侧肢体感觉渐恢复，肌张力增进，手上举，伸展有力，下肢可步行，但易疲劳，胃纳好，睡眠佳。苔薄润，脉缓。治法同前，配伍艾条温灸肝、脾、肾之背俞穴，以温通脏腑经气。第1疗程结束后，阳明湿热之象已除，脾胃功能始复，肝肾精气渐充。第2疗程以调补肝肾精气与增强脾胃后天生化之源并治，选太溪、肝俞、肾俞、足三里、三阴交、曲池为主穴，针用补法；配用头针运动区及艾条温灸背俞穴。每周2次，10次结束后病情明显改善，患儿神情活泼，面色红润，语言流畅，口角不歪，肢体感觉基本恢复，活动障碍解除。但因病久体弱，元气未全复，故仍用原法，继续第3疗程，以巩固疗效。第3疗程结束后，患儿诸恙悉除，肢体活动自如，已回校学习，可参加一般体育活动。停止治疗后，经神经科复查："双眼底视盘正常、各对脑神经无异常，四肢感觉、运动均好，无病理后遗症，排除占位性病变"。跟踪观察，随访3年，智力、体力正常，发育良好。

七、田从豁

寒湿阻脉型痿证(脊髓炎)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

赵某，女，45岁。主诉双下肢无力麻木近10月。患者去年9月中旬无明显诱因突感双下肢无力，麻木，1个月内症状逐渐加重至双下肢活动不能，二便障碍，在天坛医院查胸椎MRI诊为"脊髓炎"，予激素治疗1个月(具体用药不详)，用药后症状有所缓解，遗留下肢力弱，腰以下麻木，1998年6月24日来我处就诊，就诊时症见：腰部束带感，双下肢无力，足内踝麻木，多汗，纳谷不香，眠安，二便调，舌黯、苔白腻，脉沉细，查腰部($T_{11}\sim L_2$)浅感觉迟钝。下肢腱反射略活跃，肌力5级。辨证：患者久病，正气耗伤，寒湿阻脉，经脉气血运行不畅，故见肢体无力、麻木。诊



断：中医为痿证（寒湿痹阻），西医为脊髓炎。治则：温散寒湿、疏通经络、扶阳治痿。取穴：外关、身柱、委中、昆仑、阳陵泉；艾灸筋缩、命门、至阳；华佗夹脊穴以梅花针叩打；背俞拔罐。手法：穴位浅刺、平补平泻。患者经上法治疗10次后，双下肢无力明显改善，麻木感消失。

八、焦顺发

（一）痿证（急性感染性多发性神经根炎）《头针》

薛某，男，15岁，学生。感冒后双下肢瘫痪10d来诊。检查：神志清楚，脑神经正常；双上肢正常；双下肢瘫痪，不能站立及行走。针双侧运动区上2/5，每日1次。12次后能独步行走，且4m/5s。16次后，肌力基本恢复正常。

（二）痿证（慢性粘连性脊髓蛛网膜炎）《头针》

南某，男，42岁，教员。主因：截瘫5年余。病史：1970年1月某日，提50kg重物行走时突感腰部响了一声，当时腰不痛，走约100m左下肢麻木。第3d右脚出现麻木，8d后右下肢也麻木。腰椎拍片：第1腰椎有压缩性骨折，腰4～5有轻度骨质增生。拍片回来的路上又淋雨，事后双下肢无力不能走。先后用维生素B_1、维生素B_{12}、电针、体针等治疗，40d后扶拐能走路，1970年10月疑为脊髓肿瘤在某医院行脊髓碘油造影，确诊为脊髓蛛网膜炎。对症治疗后，1971年4月逐好，能自己步行及骑自行车。1975年1月因感冒后双下肢又截瘫麻木。治疗无效来诊。选双侧运动区上3/5及足运感区治疗，40d后自己能行走，而且步态基本正常。后于1976年1月10日因着凉后又截瘫，于同年3月15日来诊。查体：在胸6以下各种感觉障碍，痛觉基本消失，双下肢肌张力高，深反射力亢进，病理征阳性，双下肢因肌力差扶双拐后脚还抬不起来。选区：双侧运动区，感觉区上3/5及足运感区，每日1次。疗效：针60次后，双下肢肌力明显恢复，自己能步行3km，且能下蹲起立。

（三）痿证（延髓空洞症）《头针》

周某，男，42岁，干部。主因：左面部及上肢麻木伴肌肉萎缩15年。病史：15年前在坑下工作时，突然发现左面部不出汗，用体针治疗1个月余无效。1年后左面部开始轻微麻木，逐渐加重，2年后麻木明显。同时左上肢也有憋胀感，在此期间左手烧了个泡还没感觉痛，此时才发现左上肢无痛觉。6年后发现左手活动不灵，不能端碗。近6年发现左下肢活动不灵，走路时有踩棉花感。先后用维生素B_{12}、B_1，细胞色素C、ATP，体针等治疗不仅无效，且在加重。于1976年6月26日来诊。查体：左侧头面部、左上肢、左胸3上温痛觉消失，轻触觉存在。左侧头面部及左上肢不出汗。舌左侧萎缩明显，伸舌偏左，左手部肌肉萎缩明显，握力明显减低，仅16kg（右手握52kg）。左手精细动作障碍，不能端碗。选区：右侧感觉区、运动区上3/5。每日1次。疗效：针15次后左面部、左上肢开始出汗，皮肤有湿润感。



针 20 次后，左手肌力有些恢复，用左手已能端起碗，而且握力增加到 32kg。

(四)痿证(肌萎缩，侧索硬化)《头针》

薛某，男，56 岁，农民。主因：左上肢抽痛伴手伸不直 1 年余。病史：1 年前无特殊诱因开始左上肢抽痛，以后左肘关节展不开，左手抽严重，展不开，先后治疗无效，于 1978 年 6 月 6 日来诊。检查：血压 180/110mmHg，神志清楚，言语正常，伸舌居中，左上肢发凉，左肘关节伸不直，双骨间肌及屈指浅肌萎缩，左侧明显，左小指及无名指仅能伸 90°，深反射亢进，霍夫曼征(一)。左握力 4kg(右手握力 28kg)，右上肢及双下肢正常。心律齐，心率 72/min，各瓣膜无杂音，肺清无啰音，肝脾未触及。选区：右侧运动区及感觉区上 2/3，每日 1 次。疗效：针 3 次后，感左手松快，左侧握力变成 10kg，左小指及无名指能伸展。针 20 次后，左侧握力增加到 24kg。

(五)痿证(脊髓灰质炎)《头针》

DaMeep(达米尔)，斯坦比什凯克。主因：左下肢麻痹 1 年余。病史：1991 年 4 月因高热后左下肢活动障碍。后来有所好转，但仍不能行走，于 1992 年 6 月 10 日来诊。选用左侧阳陵泉、足三里、太冲等穴，每日 1 次，连续治疗 5 次，体征无变化，1992 年 6 月 15 日改用头针治疗。检查：人扶行走时左膝关节不能屈，左脚尖抬不起来，独步行走时因左下肢力弱而摔倒。膝反射减弱(左)。诊断：小儿麻痹。选区：右侧运动区上 2/5 及足运感区。每日 1 次。疗效：首次治疗后下肢主动运动增多，第 5 次治疗后明显好转。患儿常主动活动左下肢，独步行走时膝关节能屈，脚尖也能抬起。第 10 次治疗后不仅能独步上下台阶，而且可以快速行走。

(六)痿证(中毒性脑病)《头针》

杨某，女，4 岁，儿童。主因：中毒性痢疾后四肢瘫痪 26d。病史：1978 年 9 月 1 日发现脓血便，体温 36.8℃，无昏迷，持续 3d 后不会说话，四肢活动也困难。13d 后脓血便已消失，但颈软头抬不起来。腰软不会坐，四肢瘫痪，不会说话。1978 年 9 月 26 日来诊。检查：面色苍白，颈软头抬不起来，腰软不能坐，四肢瘫痪不能主动运动，双手半屈状，问话不会回答。选区：双侧运动区及足运感区，隔 2～3d 针 1 次。疗效：针 10 次后即有明显进步，颈软无力明显好转，头已能抬起来，四肢能活动在正常范围。针 15 次后会叫爸爸、妈妈、爷爷，而且能说出自己名叫梅梅。针 52 次后，说话恢复正常，四肢肌力基本正常，手的精细动作基本恢复，下肢灵活，可独步行走。

九、钟梅泉

(一)气虚血瘀，络脉失养型痿证(多发性神经炎)《中国梅花针》

胡某，男，50 岁，干部，1972 年 8 月 7 日初诊，双手指麻木，疼痛已 2 年。症状逐渐加重，手不能提重物，上肢痿软乏力。经几家医院检查，诊断为多发性神经炎。



服中西药物、针灸治疗均未收效。血压140/88mmHg(18.7/11.7kPa),夜寐不安,心悸,神乏,性急心烦。胸椎1～10两侧有条索并有压痛,腰、骶部有结节。脉细稍弦,苔薄根腻质紫。证属气虚血瘀,络脉失养。拟以益气活血、通络止痛为治。根据病证,选用胸椎1～10两侧、后颈部、腰部、患部、心俞、膈俞、肾俞、三阴交、阳性物处进治。采用梅花针治疗7次后,麻木和疼痛明显减轻,经治20次后,只有轻微的麻木、疼痛感,经治疗30次后,手指麻木好转,症状消失,手功能恢复。再巩固调理16次而停诊。随访6.5年疗效巩固,手指麻木、疼痛未再出现。

(二)肝肾不足,痰湿阻络型痿证(脊髓空洞症)《中国梅花针》

张某,男,39岁,干部,1962年6月8日初诊,1个月前开始右手指疼痛,活动欠灵活,随后右半身及右侧头部麻木感,出汗少,头晕,步履无力,性急心烦,纳谷尚佳。夜尿1～2次,大便如常。曾在北京某医院神经科检查,诊断为脊髓空洞症。服中西药物、针灸等未收效。检查血压130/90mmHg(17.3/12kPa),双眼底正常,瞳孔等大,对光反应佳,角膜反射右侧低于左侧,面部痛、温觉右侧明显减低,脊柱略向左侧弯突,出汗少;颈椎2～胸椎12右侧痛、温觉消失;咽反射灵敏,腱反射活跃对称,右手握力差。在颈椎及胸椎两侧可摸到条索或压痛。脉细,苔薄根腻,舌质淡。证属气血两虚,肝肾不足,痰湿阻络,拟以益气补血,滋肾平肝,温通经络为治。根据病证,选取脊柱两侧、麻木皮区、阳性物处、中脘、心俞、肝俞、肾俞;重点叩打后颈部、胸、腰部、大椎、中脘;患肢指尖1周放血2次,麻木皮区作诱导刺激进治。采用梅花针治疗5次后,右半身出汗较前多,手指痛减轻;治疗35次后,症状继减,出汗增多;治疗80次后,手指已不痛,右半身麻木亦减;治疗122次后,疼痛及麻木感均消失。检查:角膜反射已一致,右侧面部仅鼻唇周围痛觉较左侧差些,右半身痛、温觉消失区缩小为颈4～胸5。共治疗141次,双侧出汗相同,症状平稳,停诊观察。随访3年,患者正常工作,保持停诊时疗效。

(三)痿证《中国梅花针》

史某,男,2.5岁,儿童1969年10月8日初诊。家长代述:患儿1个月前因发热,咳嗽,咽痛,腹泻,继而两下肢瘫软,逐渐加重,而住院治疗。曾服中西药物、针灸治疗,症状平稳后出院,唯下肢瘫软,不能站立。来就诊时检查:神清体瘦,脸色㿠白,两下肢瘫软,不能站立,未见肌肉萎缩,但肌张力差,皮肤欠温,自己不能翻身。胸椎5～12两侧有条索,腰、骶部可摸到结节。脉细弱,苔薄质淡。证属气血两虚、筋脉失养,拟以补益气血,荣养筋脉为治。根据病证,选取胸椎5～12两侧、腰骶部、髂嵴部、小腿内侧、患肢、中脘、气海、足三里、三阴交、解溪、阳性物处进治。经治疗12次后,能站立;治疗20次后,自己能翻身,扶墙能行走;治疗28次后,患儿不扶墙也能走路,自己能上下床活动;继续巩固调理治疗1疗程(15次),患儿已恢复正常。总共治疗46次。停诊观察。



十、王秀珍

(一)痿证(脊髓灰质炎后遗症)《刺血疗法》

陈某,2岁,儿童。患儿于1972年8月发热2d,哭闹不安,右腿拒触摸,经治疗后热退,右下肢软弱无力、不能站立。经针灸治疗2个月未奏效,于10月13日来刺血科治疗。检查:营养一般,发育尚好。右下肢肌肉轻度萎缩,肌张力减低,不能站立,右足大趾、次趾不能背屈,皮肤温度比健侧低,触、痛觉存在,右足外翻。诊断:小儿麻痹后遗症。治疗经过:取穴足临泣、太冲针刺出血后右腿较前有力,能够站立。10月29日复诊,刺血解溪、委中、腰俞。经2次刺血后已能迈步,足外翻亦见外转。患趾背屈正常,皮肤转温。11月14日3诊,刺血阳交,11月28日4诊,刺血解溪,经4次治疗,畸形纠正,行走正常。

(二)痿证(脊髓灰质炎后遗症)《刺血疗法》

包某,男,2.5岁,儿童,1981年2月17日初诊。患儿左下肢瘫软不能站立行走5个月。去年10月患儿发热1天,在本地医院治疗退热后,出现左腿麻痹不能活动(当地有脊髓灰质炎流行)。5个多月中已用加兰他敏、维生素B_1、维生素B_{12}及中药等治疗无效。检查:左腿肌肉松弛,皮温低,大腿周径比健侧细3cm,小腿周径细1cm,足外翻。诊断:小儿麻痹后遗症。治疗:刺血解溪、腰俞。3月18日2诊:病情无明显变化,患儿已2.5岁,仍在吃母奶,营养不足,嘱其母断奶饮食调养,刺血丘墟、委中。4月18日3诊:左腿比前有力,不扶物可以独自站立。刺血委阳、冲阳。4诊:牵患儿一只手可以走路,但不能独行。刺血委阳、冲阳。11月9日5诊:可以自行走路,但跛行,腿围增粗1cm,刺血地五会、腰俞。1982年9月13日6诊:走路接近正常,自己到处跑着玩,足外翻纠正。刺血丘墟、委阳。效果:刺血6次患肢功能基本恢复,快跑时稍有点跛,走路活动基本正常。

(三)痿证(格林-巴利综合征)《刺血疗法》

吴某,女,39岁,农民。因手足麻木,行走不便,症状加重16d于1976年6月4日入院。自述入院前2个月患“舌炎”,当地医疗室给“黄色药片”治愈。23d前自感右足足趾麻木,次日四肢末端呈袜套状发麻,两腿活动困难,需扶拐行走。当地医疗室给注射维生素B_1、维生素B_{12}治疗,无效。7d后症状加重,不能行走,嘴歪,双目不能闭合,偶感呼吸困难,饮食减少,卧床不起。大小便尚正常,无吞咽困难及恶心呕吐。检查:体温37.3℃,血压110/80mmHg,皱额左侧较右侧明显变浅,双眼睑不能闭合,右眼为重,右侧嘴角下斜,左侧鼻唇沟变浅,伸舌不偏,左嘴角有一疱疹。心肺正常,肝脾未扪及。皮肤温觉、痛觉存在,腱反射消失,肱二、三头肌反射存在,病理反射未引出。检查:脑脊液外观无色透明,潘氏试验阳性,蛋白90mg/100ml,细胞数4,血糖40mg/100ml,血钾14mg/100ml,冷凝集试验1∶64。眼底检查未见异常。诊断:格林-巴利综合征。治疗经过:患者入院后经内科会诊,给予



板蓝根针剂、泼尼松、乌洛托品、加兰他敏、维生素、抗生素等药物治疗，病情不见好转，卧床不起。6月16日复查脑脊液常规，仍有蛋白细胞分离现象。请刺血科会诊，取穴太阳、尺泽、委阳、中渚、冲阳，针刺出血后当天下午患者诉四肢麻木、发凉感明显好转，左眼睑闭合能力也有改善，精神好转。第2天患者可自行下床行走约600m。6月23日又刺血治疗1次，各种症状逐渐消失，两眼睑闭合灵活，嘴略斜，能自己料理日常生活。住院29d，临床治愈出院。

【导读】

痿证是指肢体筋脉弛缓，软弱无力，不能随意运功，或伴有肌肉萎缩的一种病证。临床以下肢痿弱较为常见，亦称"痿躄"。现代医学中多发性神经炎、运动神经元疾病、脊髓病变、重症肌无力、周期性麻痹等表现为肢体痿软无力，不能随意运动者，均属本病范畴。《黄帝内经》阐述了痿证的病因病机、病证分类及治疗原则。《素问·痿论》指出本病的主要病机是"肺热叶焦"，提出"治痿独取阳明"，成为指导临床治疗痿证的重要原则。隋唐至北宋时期，将痿列入风门，较少专题讨论。直到金元·张子和《儒门事亲·风痹痿厥近世差互说》把风、痹、厥与痿证进行了鉴别，强调"痿病无寒"。朱丹溪承张子和之说，在治法方面提出了"泻南方，补北方"的治疗原则，对后世影响颇深。明清以后对痿证的辨证论治日趋完善。《景岳全书·痿论》指出痿证实际并非尽是阴虚火旺，认为"若概从火论，则恐真阳衰败"具有重要意义。

"治痿独取阳明"就是指针灸选穴时以选取手足阳明经穴为主，因阳明经为多气多血之经，针刺本经腧穴可调理胃肠，调理气血，达到治疗目的。

本节所选医案的主治医家均认为痿证形成的原因颇为复杂。外感温热毒邪，内伤情志、饮食劳倦、先天不足、房事不节、跌打损伤以及接触神经毒性药物等，均可致使五脏受损，精津不足，气血亏耗，肌肉筋脉失养，而发为痿证。痿证的治疗，虚证宜扶正补虚为主，肝肾亏虚者，宜滋养肝肾；脾胃虚弱者，宜益气健脾。实证宜祛邪和络，肺热伤津者，宜清热润燥；湿热浸淫者，宜清热利湿；瘀阻脉络者，宜活血行瘀。虚实兼夹者，当兼顾之。

杨永璇医案：杨氏指出脊髓灰质炎发病可分前驱期、瘫痪前期和瘫痪期。据报道，瘫痪期出现后遗症（小儿麻痹）造成局部肌肉瘫痪，应用针刺治疗很多，疗效水平逐年提高。大致发病期近者，疗效高而疗程短，发病久远者，疗效低而疗程长。杨氏认为说明针刺不但能够治疗脊髓灰质炎后遗症小儿麻痹证的肢体瘫痪，而且也能治疗早期的发热、颈项强直、肌肉疼痛等神经系统的感觉过敏症状，有消炎、退热、镇静、解痉、止痛的功效。根据近年来针刺治疗病毒感染的麻疹、流行性感冒、乙型脑炎、流行性腮腺炎、急性传染性肝炎等多种疾病的报道，足以说明针刺对病毒感染所致的疾病有一定的治疗作用。所治病例①辨证为湿热郁蒸，阳明络脉空虚型痿证，西医诊断为脊髓灰质炎瘫痪初期，患儿发病即住院治疗，病情属于瘫痪



前期后半阶段，经针刺治疗后，在体温下降的同时，神经感觉过敏症状相继减退。患者持续发热时间长，说明病毒侵犯颈段前柱神经细胞而引起四肢不同程度的瘫痪症状严重，预后较差。最后经过长时间治疗，麻痹症状恢复，治疗效果满意。病例②辨证为高热灼肺，肺热叶焦型痿证，西医诊断为脊髓灰质炎后遗症，杨氏取阳明诸穴，以利经络，用半刺法，开合补泻法取效。因小儿较少配合治疗，且体小肉薄，血少气弱，痿证尤甚，故此采用半刺法，不予强刺久留，使患儿易于接受。针刺治疗本病，要有耐心、恒心、信心，必然会获得一定的效果。

张涛清医案：张氏指出多发性神经炎又名末梢神经炎，证属中医"痿躄""血痹"范畴。所治病例①平时体弱，气虚血少，病发于风寒侵袭，风伤卫气，壅阻经络，血气运行不畅，不能营养筋脉，故肌肤麻木不仁，而致软瘫无力。与《金匮要略·血痹虚劳篇》"血痹……外证身体不仁，如风痹状"的记载相契合。中医辨证为内热兼气血双虚型痿证，西医诊断为格林-巴利综合征（急性感染性多发性神经炎），针刺治疗以环跳、足三里、阳陵泉、三阴交、昆仑、委中、阴陵泉为主穴，以伏兔、髀关、太溪、风市、蠡沟、曲泉、然谷为配穴，针刺后气行血和，风寒之邪得以宣散，经脉通畅，卫固营和而病愈。张氏认为脊髓灰质炎的早期治疗甚为重要，针灸对本病有较好的疗效，应尽可能在早期进行针灸治疗，效果比较满意。根据张氏临床观察总结经验认为针刺选择督脉的大椎、身柱、脊中、命门、17椎下等穴，比单取四肢穴效果好。针刺手法，以捻转补泻轻刺激不留针疗效显著，且较安全。可避免因留针时由于患者不合作而造成意外，对患病时间长、收效较慢的患儿，可以配合艾灸以增强疗效。

病例②、③均为脊髓灰质炎患儿，张氏均以大椎、身柱、脊中、命门、17椎下等督脉穴为主，配合患侧四肢腧穴针刺治疗而愈。张氏指出结核性脑膜炎是由结核杆菌引起的慢性脑膜炎症，是较为常见的严重结核病之一，常不被注意而耽误病情。中医将结核性脑膜炎急性期归入"痉病"范畴，后遗症期视为"痿证"。针灸治疗结核性脑膜炎后遗症期确有一定疗效，但需早期、坚持治疗。张氏的临床经验是以命门、17椎下、肾俞、环跳、委中为针灸治疗的主穴，其中命门穴培元补肾，疏筋和血，疏调经气；17椎下熄风泄热；肾俞滋养肾精平肝熄风；环跳疏散经络风湿热邪，宣利腰髀关节，疏通经络气滞血瘀；委中泄血分之热邪，活血化瘀。下肢瘫痪配合足三里、阳陵泉、三阴交、阴谷，针刺手法为平补平泻。

病例④、⑤西医均诊断为结核性脑膜炎后遗症，遗留下肢麻木瘫痪，以主穴配合患侧肢体腧穴轮流针刺，起针后用艾条温和灸，针灸并用而愈。张氏指出截瘫是指脊髓某一区段因外伤、压迫、炎症、血管栓塞等因素的影响而产生的横断性脊髓传导障碍。由于所损害神经部位、阶段的不同，引起瘫痪的位置和瘫痪的形式亦异。如由周围神经元损害（脊髓前角运动细胞，脊髓前根、脊神经的运动纤维受损害）产生周围性瘫痪，表现为弛缓性瘫痪，又称软瘫。临床表现为肢体的随意运动及感觉功能丧失，肌肉萎缩，属于"痿证"范畴。中医将肢体痿弱无力，肌肉萎缩，责



之于肺胃热盛，湿热浸淫，肝肾阴虚，邹滋九曾说："痿证之旨，不外肝肾肺胃四经之病"。说明痿证的表现在四肢，其病机变化却与脏腑津液的失调有关，针灸治疗本病的着眼点在于调整全身脏腑阴阳的平衡，气血津液的化生转输。张氏认为特别与督脉密切相关，督脉总督一身之阳气，为阳脉之海，故针灸治疗既要取肝、肾、脾、胃经的腧穴育阴复阳，又要取肺、督二经腧穴益气温煦。

病例⑥西医诊断为截瘫，中医辨证为肝肾亏虚型痿证，治疗选取督脉筋缩、脊中、命门、腰阳关、17椎下等穴，配合肾俞、肝俞、环跳、委中、阳陵泉、足三里、三阴交、昆仑强刺激泻法轮流针刺，背部腧穴加灸，取得佳效。根据治验疾病可以看出张氏对于急性感染性多发性神经炎、结核性脑膜炎后遗症、脊髓灰质炎及后遗症、截瘫的针灸治疗皆以选取督脉腧穴为主，意在强调督脉总督阳气的作用。眼肌型重症肌无力的部分患者可逐渐进展而累及全身，临床治疗比较棘手。张氏认为眼肌型肌无力亦属中医"痿证"范畴，眼睑属脾，脾主肌肉，脾主升清，睑废不用实属脾虚，中气不足，清阳之气不能上煦于头目，经络失养，血不荣筋肉，而致肌肉松弛，提睑无力。针灸治疗主要通过全身调节作用，健脾补肾治其本，通经活络治其标而治愈本病。治疗主穴为：风池、头临泣、阳白、攒竹、三阴交、足三里，配穴为太阳、合谷、脾俞、肾俞。

病例⑦辨证为脾肾两虚型痿证，西医诊断为眼肌型重症肌无力，治疗采用上述穴位，要求针刺脾俞、肾俞使针感分别放散到胃脘和阴谷穴处；针刺三阴交针感至足心及足大趾；针刺足三里针感下至足背，上至气冲，患者自觉有蚁行凉感；针刺风池针感下至腰部。诸穴针刺得气后给予较强刺激，提插捻转辅以震颤运针，使气至病所，则能取效。

郑魁山医案：感染性多发性神经炎青年、儿童发病者较多，病死率高，死亡原因多为呼吸肌麻痹，属于中医痿躄、痉证范畴。郑氏指出临床可表现为肺热伤阴、脾胃湿热、肝肾俱虚等证型，三型之间可互相转化，大部分危重病例起病时表现为肺热伤阴，而经治疗病情稳定后，转为脾胃湿热或肝肾俱虚型；起病较缓的病例，大都表现为后两型。但当治疗失宜，病情加重时，则出现肺热伤阴的症状，所以治疗时应灵活掌握三型的变化。所治病例①、②治疗伊始均为发病的初期，中医辨证为肺热叶焦、津液消耗型痿证，郑氏采用清热养阴，宣通肺气之法，点刺大椎、肺俞、列缺、少商、照海等穴出血，经治病情好转稳定。病例①患者四肢不能活动，脉濡，舌苔黄腻，病机变化为脾胃湿热，郑氏又采用清热利湿，健脾助运，疏通经络之法。取曲池、列缺、合谷、足三里、三阴交、照海用泻法针刺而愈。病例②自觉腰痛，四肢酸软不能动，头昏发晕，四肢肌肉萎缩，脉弱，舌红少苔，病机辨为肝肾阴虚、筋骨失养，郑氏采用补肾益肝、疏通经络之法，选取曲池、列缺、合谷、足三里、三阴交、照海针用补法，足三里、关元俞、秩边、血海穴位埋线而愈，充分体现出郑氏辨证施治的主导思想。脊髓灰质炎是由病毒引起的脊髓前角损害以弛缓性瘫痪为特征的急性



传染病，中医认为外感温热毒邪所致。病例③、④中医均辨证为五脏受热、津液消耗，经络失养型痿证，采用理气活血、疏通经络之法，取秩边、环跳、四强、血海、足三里、三阴交针刺用热补法治之。病例③西医诊断为脊髓灰质炎瘫痪期，患者肌肉萎缩不明显，故一般治疗即愈。病例④西医诊断为脊髓灰质炎瘫痪后期，患者右侧臀部和下肢肌肉松软萎缩明显，故在一般治疗的基础上取右秩边、四强、血海、足三里、三阴交等穴埋线治疗，肌肉萎缩明显好转，走路恢复正常。以上两例体现出郑氏辨证与辨病相结合的思想。

杨甲三医案：杨氏认为脾虚，清阳之气难上达于目，气血不能荣养上睑筋肉，致上睑下垂。所治病例①眼睑下垂，中医辨证为脾气虚弱，宗筋失养型痿证，治以健脾益气，疏通经脉，针刺选择眼局部穴位以激发经气，更配远端的合谷、阳池。合谷为阳明大肠经原穴，阳明多气多血，调之使气旺血充，阳池为三焦经原穴，三焦为原气之别使，重在激发原气，以达健脾益气，疏通经脉之目的，经治告愈。病例②患儿禀赋不足，脾胃虚弱，化生气血功能不足，而致气血乏源。气血不足则形体瘦弱，面色欠华。胞睑属脾，肌肉弛纵则致睑废。中医辨证为脾胃虚弱，阳跷失荣型痿证，西医诊断为重症肌无力。杨氏认为从经络而言，目之开阖在于跷脉。跷主运动，阳跷主开，阴跷主合。阳跷失养则目闭不开。治疗则以益气升清、养跷通经为法。以脾俞、胃俞调补脾胃以助气血生化；申脉通阳跷，补之以养阳跷，阳跷脉气旺盛，则目得以开；风池、阳白、睛明皆为治目疾之要穴，可调和局部气血；目为肝窍，故取肝经原穴太冲，与合谷相配乃“四关”穴，调肝以养目；外关通阳维，阳维为诸阳之会，蓄存阳经气血，取之以促进气血流动。诸穴共奏益气升清，养跷健跷之功，此为奇经理论之应用。

魏稼医案：双眼睑下垂不能开启，辨证为脾阳不足，中气下陷型痿证，西医诊断为重症肌无力。用上巨虚、足三里、中脘、脾俞、胃俞、攒竹、太阳、合谷等穴针刺而少效。思窦材扶阳有“灼艾第一”之说，治脾阳不足理应灸之，乃于上穴加用神灯治疗后，诸症好转，眼睑开启而愈。神灯乃现代电热刺激工具，魏氏往往以神灯代灸，疗效颇佳。

陈全新医案：辨证为湿热型痿证，西医诊断为丘脑综合征。患者由于湿热毒邪郁积阳明致腹痛，阳明受病则气机凝滞，导致宗筋失束而弛缓，筋骨失养而成痿。病久累及肝肾，故肌肤不仁、偏瘫诸症益甚。《素问·痿论》即有“治痿独取阳明”的理论，《医宗必读·痿》又述：“足阳明者胃也，主纳水谷精微，以资表里，故为五脏六腑之海而下润宗筋。宗筋者，前阴所聚之筋也、为诸筋之会。凡腰脊溪谷之筋皆属于此，主束骨而利机关也”。陈氏据此理论，治疗以健脾益气、清热祛湿、活血通络为主。针刺阳明经穴能使脏腑气血通畅，郁邪得祛，宗筋得养，则痿证可除。选胃经合穴足三里、大肠经穴曲池、脾经穴三阴交为主，既有补益后天气血之效，又达清化阳明湿热之功。临证按照脏腑经络病变，辨证选取手、足厥阴，足太阳、足少阳经



穴及其背俞，可直接调和心包、肝、脾、肾功能，使脏腑经络阴阳调和，气机通畅。治疗中除用针刺外，还配伍艾条温灸肝、脾、肾之背俞穴，梅花针叩刺大肠俞，配用头针运动区疗法等，以加速偏瘫、眩晕、语涩诸症之缓解。

田从豁医案：田氏认为痿废久病伤髓，最难医治。所治病例辨证为寒湿阻脉型痿证，西医诊断为脊髓炎。其病程较长，求愈则非易事，只图缓以收功。田氏以温散寒湿、疏通经络、扶阳治痿为法，针刺以阳经穴为主，阳气者柔则养筋，以复其废，针刺外关、身柱、委中、昆仑、阳陵；艾灸筋缩、命门、至阳以振元阳；梅花针叩刺华佗夹脊，又背俞拔罐，此所谓背以应脏，补充脏腑元气，兴奋脊神经，以图有所获益。治疗后症状有所改善。

焦顺发医案：焦氏认为急性感染性多发性神经根炎、慢性粘连性脊髓蛛网膜炎、延髓空洞症、肌萎缩、侧索硬化、脊髓灰质炎、中毒性脑病等神经系统疾病，应用头针治疗均有较好疗效，可采用针刺双侧运动区及足运感区而取效。

钟梅泉医案：钟氏认为多发性神经炎又名周围神经炎或末梢神经炎，属于中医“痹证”和“痿证”范畴，多由感染、中毒、营养缺乏或代谢障碍等原因所引起。临床表现以手足四肢麻木、疼痛、甚或痿软，肢体远端的感觉、运动和营养功能对称性障碍，常为多种疾病的并发症。患者在颈椎两侧及胸椎1～10两侧可摸到条索并有压痛，腰、骶部有结节、条索和压痛，髂嵴部有结节及压痛，有的患者肢体皮肤变形、光滑、发凉、多汗或无汗。梅花针对本病疗效尚好，但治疗时间要长些，对本病防治，主要在于去除病因，促进神经营养及代谢功能的改善，以利于神经传导功能的恢复。所治病例①辨证为气虚血瘀，络脉失养，钟氏以益气活血、通络止痛为治。采用梅花针在胸椎1～10两侧、后颈部、腰部、患部、心俞、膈俞、肾俞、三阴交、阳性物处进治，手指麻木、疼痛未再出现。

钟氏认为脊髓空洞症是慢性进行性脊髓疾病，目前尚无特效疗法，可归为中医“痿证”、“痹证”、“麻木”范畴。病理为气血两虚，肌肤失荣为主。患者在被侵脊髓的相应体表区可发现阳性物、阳性反应。并在颈项两侧及胸椎1～12两侧摸到条索，腰椎两侧有泡状软性物。梅花针对本病有改善、减轻或消除症状，缩小感觉消失区域的效果。临床治疗时体虚者先采取较轻刺激手法，然后改为中等强度或较重刺激，一般以中等强度刺激。阳性物和阳性反应区采取较重刺激手法，患部应做密刺。病例②脊髓空洞症，辨证为肝肾不足，痰湿阻络，钟氏拟益气补血，滋肾平肝，温通经络为治。选取脊柱两侧、麻木皮区、阳性物处、中脘、心俞、肝俞、肾俞；重点叩打后颈部、胸、腰部、大椎、中脘等，在患肢指尖放血，在距麻木皮区的正常皮肤5cm处先开始打刺，然后接连叩打皮肤感觉迟钝或麻木区，呈螺旋、向心密刺重刺，同时在麻木皮区的四周呈放散状、向心性的疏通诱导刺激而治愈。

钟氏认为脊髓灰质炎初期，由于感受风热暑湿时行疫毒之邪，从口鼻侵入肺胃二经，损伤经络，气血失和，属于温病范畴。病之后期，由于气血津液耗伤，肝肾亏



损，肌肉筋骨失养，致使大筋软短，小筋弛长，属痿证范畴。患者除患肢有阳性反应外，根据病肢不同，一般在胸椎1～12两侧可摸到条索及压痛，腰、骶部有条索或泡状软性物，髂嵴部有条索或结节。梅花针对早期患者疗效显著，病程长的经治疗后也有效果。临诊时患肢每日治疗1次，健侧隔日治疗1次，实践证明能提高疗效。病例③以补益气血，荣养筋脉为治。选取胸椎5～12两侧、腰骶部、髂嵴部、小腿内侧、患肢、中脘、气海、足三里、三阴交、解溪、阳性物处采用梅花针治疗而取效。

王秀珍医案：王氏指出脊髓灰质炎后遗症属于中医学"痿证"范畴。为病邪侵犯肺胃，流窜经络，阻碍气血之运行，筋脉失于濡养，致下肢痿软失用。所治病例①，②，③西医诊断皆为脊髓灰质炎后遗症，王氏根据病情分别刺血足临泣、太冲、解溪、委中、委阳、腰俞、阳交、解溪、地五会、冲阳等处，认为可使经络通畅，气血周荣，有利于痿弱的恢复。王氏认为多发性神经根炎也属"痿证"范畴，中医认为系湿流四肢，经络阻滞、气滞血瘀，气血不能荣于四末，故四肢痿软失用。张锡纯在《医学衷中参西录》中指出痿证病机系风寒、痰饮互相凝结于经络之间，以致血脉闭塞，造成"脉管淫瘀"，主张宣开"气血之痹"。现代医学认为神经系统疾病多数有神经组织的病理形态改变，血液循环障碍是主要病因之一。刺血旨在行气活血，使经络通畅，湿热之邪则除，气血周荣，痿证则愈。所治病例西医诊断为格林-巴利综合征，刺血太阳、尺泽、委阳、中渚、冲阳而愈。

第三十五节 面 痛

一、朱汝功

肝胆气滞化火型面痛（三叉神经痛）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

任某，女，40岁，职工，1981年1月3日初诊。右面颊抽痛复发2周，左侧耳前疼痛1周，不能高声讲话、右面颊疼痛已经6年多，经常发作，每于受凉或进冷热饮食时即能触发，针刺能收近效，但1～2个月后又发，缠绵至今，由于右面疼痛，咀嚼经常用左齿，故近1周来左颞颌关节也作疼痛，不能咀嚼食物，口不能开合，夜不能寐，以致精神委顿，形体消瘦，痛苦万状。脉弦细，舌边红苔薄。此肝胆气火，窜扰阳明之经，气机受阻而致，治拟滋阴降火，疏导颊经为主。取穴：三阴交＋（双）、太冲－（双）、上巨虚－（双）、合谷－（双）、外关－（双）。手法：捻转补泻，留针30min，每隔10min转针1次。1月8日3诊，2次针后，左侧颞颌关节疼痛明显好转，口能开合咀嚼。右侧面颊痛入夜尤甚，纳呆、神疲，脉细弦，苔白腻。拟宣络和营，宗上方出入。取穴：太冲－（双）、复溜＋（双）、上巨虚－（双）、足三里－（双）、合谷－（双）、外关－（双）。手法，同前。1月15日6诊，左侧下颌关节疼痛已基本消失，右侧面颊痛自5诊后亦明显减轻，开口自如，胃纳转馨，精神振作，脉弦转静，舌苔薄



白。再拟上方投治，冀巩固疗效。取穴：太冲一（双）、三阴交十（双）、上巨虚一（双）、足三里十（双）、合谷一（双）、外关一（双）。手法：同上。1月17日7诊，两侧面部疼痛均已消失，续守原方，嘱停针观察。取穴、手法：均同上。此例患者6年多来经常反复发作，其他医师曾用局部透刺法、局部直刺法治疗，相隔最多2～3个月即发。此次经治7次而痛止，于同年10月随访，未曾再发。

二、田从豁

肝胃热盛型面痛（三叉神经痛）《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

郑某，男性，53岁，1998年3月28日初诊。主因"颜面疼痛3年"前来就诊。患者于3年前出现颜面疼痛，似电灼痛，持续数分钟后即缓解，疼痛以鼻旁及唇周上缘为主，服止痛片可止，以后逐渐加重，每当触及左唇上缘时即有放电样的剧痛，向鼻旁及下眼眶放射，口服止痛药不能止痛，每日疼痛数次，夜间尤重，不能入眠，左侧颜面不能沾枕。后到某门诊服中药治疗6个月，疼痛次数减少，睡眠时好时坏。就诊时见：面色萎黄，精神不振，舌质红，苔黄腻，脉弦滑。诊断：中医为面痛（肝胃热盛）；西医为三叉神经痛。治则：清泻肝胃。治疗：毫针刺扳击点、迎香、四白、加电针，予60/min连续波，逐渐增加强度，至患者能耐受，稍后再稍稍增加强度，待其适应后，再逐渐增大，如此调整4次。同时泻患侧阳陵泉、丘墟、行间。共留针1h后起针。疗效：次日复诊诉白天疼痛减为3次，但夜间仍疼1次，但疼痛程度有所减轻。继守上法，至3诊时，诉偶有疼痛，持续数秒，像针刺，过后即缓。睡眠安，患者就诊时已有笑容。至第7诊，患者诉疼痛未发作，询问是否可停诊，建议其1周1次治疗，复又治疗3次，疼痛未再发作。患者既往有饮酒史，已戒。

三、魏　稼

阳明少阳实热型面痛（三叉神经痛）《魏稼针灸经验集》

漆某，女，52岁，农民，1984年5月3日初诊。自诉3周前患感冒，愈后2d突发左侧面部及上下唇疼痛，近日加剧，经某医院检查诊断为三叉神经痛（第3支），给服止痛药，仅能暂镇痛，停药后复出现，继用中药治疗亦失效，改针刺5次，病势仍有增无减，于是前来求治。现左侧下唇部痛甚，有明显压痛点，上唇稍轻，痛如割如刺如灼，极难忍受，痛处拒用手触摸，做闭口、张口动作或进食咀嚼时加重，语音低微，不能大声对话，呈阵发性，约每10min发1次，每次持续5min左右，间歇4～5min又作。伴有耳鸣，左耳前下颌关节胀痛，素有颞下颌关节功能紊乱史。纳食尚可，体质较佳，舌苔黄，小便赤，大便稍结，脉紧而数，晚间每因痛甚而难以入睡。证属阳明少阳实热，取合谷、承浆、地仓、迎香、下关、翳风、外关、天应等穴，患侧均刺，健侧仅用上肢及面部各1穴。始用一般毫针，施"凤凰展翅"泻法，得气后，留针约30min，每间隔数分钟运针1次，持续3～4min。治5次后，症不见减，于是改用



"飞针"调气法，留针1h，运针与泻法同前，用粗针刺入下唇疼痛明显处阿是穴，使针感与痛处重合，少顷，患者诉称舒适痛减，针下有清凉感。再刺合谷，力图使针感传导，随时调整针刺深度与角度。如此治1次，病势顿挫，每次发作较轻，且间隔时间延长至1h；第2天续针，又延长至3h左右，第3天针后每日发作仅2次。针6次后，疼痛基本消失，继针4次善后。1年后其家属来告之，至今未复发。

四、杨甲三

风热侵袭型面痛（三叉神经痛）《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

刘某，男，58岁，1990年2月19日初诊。右眉棱骨痛呈间歇性发作3个月余，伴灼热感，疼痛以跳痛及触发痛为多，右目流泪，疼痛剧烈时不能睁眼。纳可，二便调，舌略红苔黄，脉滑。诊断：面痛。辨证：风热之邪侵扰太阳、少阳脉络而致疼痛。治法：疏散风热，行气通络。针灸处方：外关、足临泣、合谷、行间、和髎、上关、攒竹。刺法：均行泻法，强刺激，留针40min，隔日1次。攒竹穴可刺络放血。1990年2月26日2诊，经3次针灸治疗后，疼痛症状减轻，发作次数减少，疼痛发作时亦能睁眼。用原方法继续治疗。1990年3月9日3诊，诉疼痛消失。嘱其继续治疗以巩固疗效，但患者因故停止治疗。1个月后患者病情反复，复来就诊，施以原方法，症状渐减。

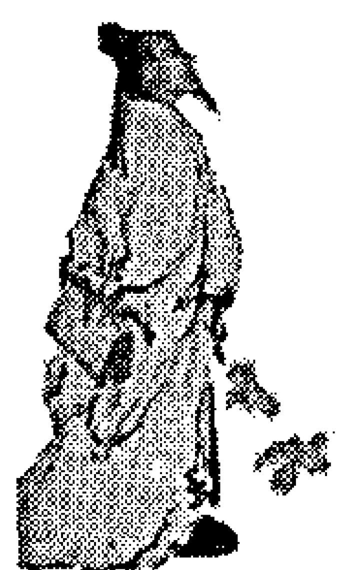
五、钟梅泉

阴虚阳亢型面痛（三叉神经痛）《中国梅花针》

纪某，男，32岁，新闻记者，1961年10月12日初诊，右侧头面部阵发性疼痛已6年。每于突然发作，剧痛一阵，后留隐痛，严重时满头疼痛。一般1～5d发作1次，发作与精神紧张、劳累、天气变化有关，多有记忆力减退，梦多，神倦乏力，性急心烦。曾经几家医院检查，诊断为三叉神经痛，服中西药物、理疗、针灸未收效。检查：血压100/70mmHg(13.3/9.33kPa)，右侧眶上孔、眶下孔、颏孔均有轻度压痛。颈椎1～4两侧、胸椎7～10两侧及下颌部有条索和压痛，腰部可摸到泡状软性物。脉细稍弦，舌苔薄。证属阴虚阳亢。拟以养血平肝镇痛为治。根据病证，选用后颈部、腰部、骶部、下颌部、小腿内侧、眶上孔、眶下孔、颏孔、三叉神经分布区、内关、心俞、肝俞、阳性物处进治。采用梅花针治疗9次后，发作次少，症状明显减轻，经治19次后，虽经劳累、寒冷刺激均未发作。共治疗25次，诸症消除，精神愉快，自述几月来感觉良好，停诊观察。随访观察2年8个月疗效巩固，能正常工作，未再复发。

六、王秀珍

风热侵袭型面痛（三叉神经痛）《刺血疗法》



袁某，女，53岁，工人，1978年9月10日初诊。阵发性间歇性右头面部痛2个月余。自诉2个月前出现右侧太阳穴、面颊、牙齿灼热刺痛，耳前胀痛，涕泪直流，痛处不能触摸。在某院检查诊断为三叉神经痛。经药物治疗，暂时缓解。后又发，有时1日发作5～6次。诊断：三叉神经痛。治疗：取太阳、颊车、地仓，针刺出血。10月5日2诊，刺血后头面痛缓解，间歇期延长，7～10d小发作1次，但症状轻微。刺血太阳、下关、地仓，经2次刺血后发作停止。

【导读】

面痛是以眼、面颊部出现放射性、烧灼样抽掣疼痛为主症的疾病，又称"面风痛"、"面颊痛"，多发于40岁以上，女性多见，以右侧面部为主(约占60%)。西医学的三叉神经痛归属本病范畴，三叉神经分眼支、上颌支和下颌支，第2支、第3支同时发病者最多，是临床上最典型的神经痛。中医认为面部主要归手、足三阳经所主，尤其是内外因素使面部手、足阳明及手、足太阳经脉的气血阻滞，不通则痛，导致本病。

本节所选医案的作者均认为面痛的病因病机多与外感邪气、情志不调、外伤等因素有关。风寒之邪侵袭面部阳明、太阳经脉，寒性收引，凝滞筋脉，气血痹阻；或因风热毒邪，侵淫面部，经脉气血壅滞，运行不畅；外伤或情志不调，或久病成瘀，使气血瘀滞；上述因素皆可导致面部经络气血痹阻，经脉不通，产生面痛。其中眼部痛属足太阳经病证；上颌、下颌部痛属手、足阳明和手太阳经病证，治以疏通经络，祛风止痛之法。

朱汝功医案：朱氏治疗面痛，以《素问》病机19条"诸痛痒疮，皆属于心"判断，是火邪窜扰面部经络，经气失于宣通而致。据经络理论分析，面颊为阳明之分野，前人有"面病者属胃"之论，但朱氏治疗面痛不取面颊部穴而专取四肢穴的独特经验，值得效仿。所治病例面颊疼痛已经数年，其他医师曾用局部透刺法、局部直刺法治疗，相隔最多2～3个月即发。朱氏辨证为肝胆气滞化火型面痛，认为在经络为手足阳明病变，在病因为火邪冲逆。应标本兼顾，取肝、三焦经太冲、外关泻之以清肝木之火；用手足阳明经上巨虚、合谷、足三里，以疏泄颊经气血；补足少阴经复溜及足太阴经三阴交等滋阴以降火，标本同治，故而疗效卓越。

田从豁医案：患者面痛剧烈，持续时间长，以至影响睡眠，证系肝胃热盛，循经上扰颜面型面痛。疼痛范围属阳明经分野，因此选口唇上缘扳击点及所累及的鼻旁、下眼眶周围穴迎香、四白，加用电针。田氏认为治疗开始应用大刺激量，反而诱发疼痛，故逐渐增大刺激量。阳陵泉、丘墟分为胆经的合、原穴，与肝经相表里，并肝经荥穴行间，施以泻法，清泻肝胆实热。患者后补充饮酒史，也说明属饮食不节、致内蕴湿热。戒之，则消除其再发的诱因。由于辨证得当，虽然病程长，但仍属实证，果断泻之，迅速取得疗效。

魏稼医案：魏氏认为针灸治疗面痛，穴法、手法两者必须兼顾才能有效，在临床



反复实践中形成了独具特色的新“飞针”法（参见哮病章节）及“凤凰展翅”、“饿马摇铃”的补泻手法。魏氏临床所用“凤凰展翅”，即以右手大食两指夹针柄，快速进针后，以大指向后，食指向前，向一个方向大幅度（约数百度）捻转3～7次，至不能转动为止，针感以患者能耐受为度，每次捻后五指张开离针柄，一捻一放，如展翅飞腾之状。其“饿马摇铃”法，则捻转轻，幅度小，提插缓慢，针感轻。前者多用以治急病实证或针感迟钝的患者，后者多用于治慢性疾病体质虚弱或得气敏感的患者。所治患者晚间每因面痛甚而难以入睡，证系阳明少阳实热型面痛。魏氏取合谷、承浆、地仓、迎香、下关、翳风、外关、天应等穴刺患侧，健侧仅用上肢及面部各1穴。始用一般毫针，施“凤凰展翅”泻法，症不见减，于是改用“飞针”调气法，留针1h，并用粗针刺入下唇疼痛明显处阿是穴，使针感与痛处重合，再刺合谷，力图使针感传导，随时调整针刺深度与角度，病势顿挫。

杨甲三医案：眉棱骨疼痛属三叉神经第一支疼痛范围乃太阳、少阳经循行所过之处，辨属风热之邪侵扰少阳、太阳二经，经络不通，瘀滞而面痛。穴取外关、足临泣以泻少阳风热，此为远端取穴，和髎为手少阳经穴，上关为足少阳经穴，此为病变局部取穴，四者均为循经取穴。合谷乃治头面疾病专穴；攒竹乃足太阳膀胱经穴，刺络放血以疏散太阳风热，诸穴相合，以治顽疾。

钟梅泉医案：钟氏认为梅花针对面痛治疗常可收到较好疗效。所治病例为阴虚阳亢型面痛，拟以养血平肝，镇痛为治。钟氏认为面痛可在颈椎两侧及项窝摸到条索或结节，眶上孔、眶下孔、颏孔有压痛，下颌部及肩部可摸到结节、条索及压痛。平时宜采用中等度刺激手法，疼痛发作时则采用重度刺激。在阳性物及阳性反应区采用较重刺激手法。钟氏认为对本病治疗时要注意按三叉神经分布区寻找面部压痛点，在压痛点最明显处做重点叩打，收效显著。

王秀珍医案：王氏认为针刺放血疗法最突出的治疗作用是止痛。用于治疗面痛简单而有效。所治病例证系风热侵袭型面痛，治宜疏风清热，通络止痛。取面部腧穴太阳、颊车、地仓、下关刺血，使脉络疏通，气血通畅，疼痛自止。

第三十六节　落　　枕

一、杨永璇

血失宣通，络道受阻型落枕《杨永璇中医针灸经验选》

王某，男，33岁。初诊：前夜入寐，枕席不平，致后项不适，晨起即感牵强，既不能抬头仰视，亦不敢左旋盼顾，强为之则疼痛难忍。苔薄腻，脉缓。证属落枕，良由气血失于宣通，络道受阻。拟宣散温通法。针灸方法：取天柱（右）、肩井（右）、风门（右）（均泻法），用捻转补泻法，合谷（双）（泻法）用提插补泻法。肩井针后加艾条熏

灸。风门针后加拔火罐。针治后，立即痊愈。

二、张涛清

外感风寒，气血阻滞型落枕《张涛清针灸治验选》

罗某，男，40岁，司机，1977年9月初诊。自诉1977年9月某日早晨起床后，头痛，鼻塞，头颈不能左右转动，后仰。右臂亦不能抬举转动，颈项强痛，呈持续性疼痛、痛牵及胸背，睡觉时不能翻身，次日仍不见好转，遂来医院就诊，要求针灸治疗。检查：第7颈椎两侧2寸处压痛明显，舌淡苔白，脉浮紧。诊断为落枕，辨为外感风寒，气血阻滞。治宜舒筋散寒、调气和血。取穴：曲外海、大椎穴旁开2寸处阿是穴、列缺。手法：进针得气后，行大幅度捻转提插，强刺激不留针泻法，并嘱患者活动颈项部及手臂，起针后，患者自诉诸症消失，活动如往常，高兴而回。

三、刘保延

落枕《火针》

刘某，女，32岁。颈部僵硬不适2周而来诊。患者于2周前中午休息受电扇吹后而出现颈部僵硬不适，经按摩10次，症状有所缓解，但未治愈。现症：颈部僵硬不适，不能右顾，低头时间长则头有酸沉感，左肩外俞、曲垣等部位有压痛。诊断为落枕。治疗先以毫针刺大椎，进针1分左右，按倒针柄，针体向左肩井透刺，使气至病所，然后刺后溪，用捻转泻法不留针，患者当即感颈部舒适，最后用中等火针点刺肩外俞、曲垣等压痛点部位，共治疗3次而愈。

四、钟梅泉

落枕《中国梅花针》

徐某，男，19岁，工人，1973年8月28日初诊。前日夜卧受风寒，起床后即觉颈项酸痛，不能向左侧转动，抬头受限，并牵引患侧肩部疼痛。曾在厂医务室做按摩及针灸，但症未减。检查：颈部无红肿，项肌紧张，头向右侧转动受限、痛甚，头向右侧转动亦觉疼痛。在颈椎4～7两侧可摸到条索及压痛，同侧肩部有明显压痛点。脉细弦，苔薄。证属风寒袭络，经筋受损。拟以祛风散寒，通络止痛为治。根据病证，选取后颈部、患侧肩部、风池、大椎、肩井、外关、合谷，重点叩打压痛点和阳性物处进治。采用梅花针治疗1次，疼痛基本消除，颈项活动自如，表情高兴，立即回厂上班。随访2个月未见复发。

五、焦顺发

颈椎肥大征群《头针》

师某，男，58岁，山西运城地区棉麻公司。主诉：左上肢麻木9个月，右上肢痛



4个月余。病史：1977年8月某日，无明显诱因发现左上肢麻木，但程度较轻，后来逐渐加重。1978年1月发现右上肢在前后摆动及外展时背痛。平时几分钟发作1次，晚上不能安睡，因右侧卧位时右臂痛、左侧卧位时左上肢麻木。在此期间曾体针、理疗及注射丙酸睾酮无效，双下肢疼痛严重，不能走路而停止。病情逐渐发展，后期已不能骑自行车。行走时因双臂痛、麻木不敢动，十分痛苦。1978年4月6日来诊。检查：神清，言语正常。神经正常，左上肢外侧有一条痛觉减退带，宽约0.5 cm，从第5颈椎旁斜到左肩，通过臂外侧中央绕行到前臂内侧至左拇食二指。用弯针尖叩击试验，此带范围痛觉微减退。右上肢活动时三角肌和锁骨外侧痛感明显。右肘前屈时痛感明显。手不能从上衣口袋内掏出东西。睡在躺椅上，臂抬不起来。行走时头微低，双肘关节半屈状不敢摆动。颈椎X线摄片，颈3～7椎体前后缘有唇样骨赘。选区：选双侧足运感区，每日1次。疗效：第1次针后双上肢麻痛即消失，但当晚症状又出现。后经埋针疗效巩固。共治疗约50次，临床症状和体征完全消失，已上班工作。随访8个月仍正常。

【导读】

落枕又称"失枕"，好发于青壮年，以冬春季多见。以晨起后感到颈项背明显疼痛，活动受限为主要症状。落枕病程较短，1周左右即可痊愈，及时治疗可明显缩短病程。西医的颈肌劳损、颈项纤维组织炎、颈肌风湿病、枕后神经痛、颈椎肥大等引起的斜颈均归属于落枕范畴。落枕的发生主要因于夜间睡眠姿势不良，头颈长时间处于过度偏转的位置，或因睡眠时枕头过高、过低或过硬，使头颈处于过伸或过屈状态等，引起颈部一侧肌肉紧张，使颈椎小关节扭转时间较长所发生的静力性损伤。也可因盛夏贪凉，眠时受寒，使颈背部气血凝滞，筋络痹阻，以致颈部肌肉僵硬疼痛，动作不利。发病后颈部肌肉有触痛，浅层肌肉如斜方肌、胸锁乳突肌等有明显痉挛、僵硬改变，即所谓"条索状"的改变，在肩中俞、曲垣、天宗、附分、肺俞等穴的周围常有明显的压痛。

杨永璇医案：杨氏认为落枕的发病原因，不外乎枕席位置失当，复因外感风寒所致。《诸病源候论》说："头项有风，在于筋脉间，因卧而气血虚者，值风发动，故失枕。"针灸治疗一般均以局部取穴加拔火罐，疗效显著。亦有用落枕穴泻法而收速效者。若疼痛剧烈，亦可泻昆仑、悬钟或养老，效果亦甚好，此远道穴之妙用。杨氏所治病例气血失于宣通，络道受阻所致。拟宣散温通。取天柱、肩井、风门用捻转泻法，合谷用提插泻法。针后艾条熏灸、加拔火罐，立即痊愈。

张涛清医案：张氏认为落枕，常因睡眠时姿势不正确，枕头高低不适，或因颈部扭伤，或因感受风寒，使局部经脉气血阻滞而发生。大多在起床后颈项部感觉强直，有牵拉样疼痛，颈项部活动受限。张氏所治病例为外感风寒所致，造成局部经脉气血阻滞。应用个人治疗落枕经验穴"曲外海"为主，再根据病因辨证，适当选配穴，采用强刺激手法，一般治疗1～2次可愈。



刘保延医案：刘氏治疗落枕，在用毫针的同时，对局部痛点配合火针，其效甚佳。所治病例选取大椎透刺肩井、后溪，配合中等火针点刺压痛点部位治疗而愈。

钟梅泉医案：钟氏认为落枕患者在患侧颈椎4～7可摸到条索及明显压痛点，患侧肩胛岗处有肌张力增高并有压痛。一般采用较重刺激手法。压痛点宜重刺出血。在压痛点处采用梅花针重刺出血，并加拔罐，旨在疏通血脉，消除瘀滞，缓解疼痛等临床症状，收效显著。叩打时嘱患者头向患侧转动2～3次，或做背屈仰天以及前屈低头动作数次。所治病例属风寒袭络，经筋受损，拟以祛风散寒，通络止痛为治。根据病证采用梅花针，选取后颈部、患侧肩部、风池、大椎、肩井、外关、合谷，重点叩打压痛点和阳性物治疗，疼痛消除，颈项活动自如。

焦顺发医案：为颈椎肥大症。患者左上肢麻木，右上肢痛。选双侧足运感区针刺，但当晚上肢麻痛又发，故后经头针埋针治疗，临床症状和体征完全消失。

第三十七节　颈　椎　病

一、田从豁

寒邪凝滞型痹证(颈椎病)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

王某，女，68岁，1998年6月27日初诊。主诉：颈项拘紧疼痛伴双上肢麻木8个月，加重3个月。病史：患者于去年入冬感寒后而觉颈项拘紧、疼痛，夜间感双上肢麻木以前臂手指显著，自我按摩效果不显，3月前因感寒而加重，得温则减，舌淡苔白，脉紧。辨证：局部寒邪中经，痹阻经络，脉气不畅，发为疼痛。诊断：中医为痹证(寒邪凝滞)；西医为颈椎病。治则：温散寒邪，以疏通局部经络为主。取穴：颈夹脊、筋缩、肾俞、肩髃、曲池、合谷、足三里。肺俞、风门、大椎3穴拔罐。手法：平补平泻。治疗经过：患者经治2次后症状明显减轻，但颈肩部仍有凉感，予大椎加灸，治疗5次后诸症悉减。

二、杨甲三

(一)颈椎病《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

刘某，女，65岁，1987年4月4日初诊。患者颈部活动不利，伴疼痛和弹响1年余。时有头晕、头痛、恶心等症状，后背发沉。在本院行X线检查，显示“颈椎曲度稍直，第4,5,6,7椎体骨质增生，椎间隙狭窄”。提示为“颈椎病”。曾经按摩治疗，症状缓解不明显，故来针灸科求治。刻下症状同前，且出现右手指麻木。检查：舌尖红，苔薄黄，脉沉弦。血压为120/70mmHg(16/9.3kPa)，颈椎活动度尚可，活动时伴颈部疼痛，第6,7颈椎棘突压痛明显。针灸处方：风池、天柱、颈4至颈7夹脊穴、列缺、后溪。刺法：风池及天柱施以中等强度刺激，泻法。余穴予中等刺激，



平补平泻。留针20min，隔日1次。10次为1疗程。患者经治2个疗程后，诸症消失。

(二)筋骨痹(神经根型颈椎病)《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

刘某，男，35岁，1993年2月12日初诊。患者右颈部、肩、臂疼痛3d。连日来因学习开车劳累而致颈部不适，右颈、肩疼痛向上臂、前臂放射，时有右手中指、无名指、小指麻木，与颈部活动有关，右上肢力弱，不能持重物，劳累1d后到傍晚疼痛尤甚。查椎间孔挤压试验(+)，神经根牵拉试验(+)，颈部X线摄片示颈5、颈6、颈7关节退行性变。既往无特殊记载。诊断：中医为筋骨痹(肾虚为本，气滞血瘀为标)；西医为颈椎病(神经根型)。治法：补肾壮骨强筋，活血化瘀止痛。针灸处方：列缺(右)、后溪(右)、风池(双)、天柱(双)、颈5～颈7夹脊(双)、外关(右)。刺法：列缺向手的方向斜刺0.2寸，补法；后溪直刺1寸左右，补法；风池向对侧眼球方向刺1.2寸，平补平泻；天柱直刺0.5寸，平补平泻；第5至第7颈夹脊向脊柱方向斜刺0.5寸，泻法；外关直刺1寸，平补平泻。

三、杨永璇

颈椎病(交感神经型)《杨永璇中医针灸经验选》

吴某，男，49岁，木工。1979年4月3日初诊。头胀，项部酸痛，左手畏寒，天冷左手青紫，左手尺侧麻木刺痛，时轻时重，无名指小指经常麻木，颈部5～6椎间隙轻度疼痛，皮肤感觉及上肢各肌反射均无明显变化。X线摄片提示C5，6及C6，7椎间隙轻度变狭窄，椎体边缘可见少许骨质肥大。诊断：颈椎病(交感神经型)。治疗：于棘突5、6和大椎、肺俞(双)等穴位，七星针叩打每处80次，后加拔火罐约10min，吸出瘀血1～3ml不等，同法治疗，每周2次。4月14日复诊：头项强痛，伴左手寒冷，皮肤及指甲青紫(肉眼观察，比右手显著)。皮温测定：右内关处30.5℃，左内关处29℃。针刺治疗前后血管襻清晰度和血管襻的数目不变，皮肤温度亦无变化。经二人观察，认为治疗后血管床似有扩大，血流加快。4月25日肌电图检查结果，右三角肌插入时见正相电位，放松时见纤颤电位，肱二头肌，肱桡肌在挪动针极时均可见纤颤电位。经3个月25次治疗，除颈部穴位用七星针叩打加火罐治疗外，还针刺肩髃、肩髎、曲池、手三里、列缺、合谷、外关等穴位。头项部酸痛消失，左手尺侧发麻刺痛明显减轻，手指发紫现象亦显著减轻，左右手皮肤温度为29℃。治疗至1979年7月底告一段落。1980年3月20日随访：患者诉说7个月间断治疗后，头项部又有轻度酸痛，尤其在长时间低头劳动、左手下垂时间稍长后，又有轻度黯紫，左手仍比右手畏寒。EMG复查，除左三角肌有少量纤颤电位外，肱二头肌、肱桡肌均无异常电位。



四、钟梅泉

颈椎骨质增生症《中国梅花针》

孟某，女，56岁，退休工人，1991年1月26日初诊。颈项痛手臂发麻4年。开始时仅颈项强痛，随后上肢麻木酸痛，甚则放射至手指。每当劳累、低头过久症状加剧，头晕，腰痛、夜尿频，性情急躁，曾服中西药物、按摩疗效不佳。X线摄片显示颈椎4～6椎后缘骨质增生；在颈椎4～7两侧可摸到条索、并有压痛，腰、骶部有泡状软性物，腰部叩诊呈空音。脉细弱，苔薄质红。证属肝肾两亏，筋骨失养。拟以补益肝肾、壮骨疏筋为治。根据病证，选取后颈部、胸椎5～10两侧、腰骶部、肩部、天柱、风池、肩井、外关、肝俞、肾俞、阳性物处进治。采用梅花针治疗5次后，颈项及上肢疼痛减轻。继治12次后，头不晕，夜寐安，据证在食、中、无名指尖采用梅花针重刺放血，共3次，手臂麻木明显好转。共计治疗28次，颈项及上肢活动自如，症状消失。按原方继续巩固治疗10次而停诊。随访观察1年8个月，未见复发。

五、王秀珍

颈椎骨质增生症《刺血疗法》

刘某，男，48岁，工人，1974年1月17日初诊。颈脖痛月余，活动受限，动则痛甚，右手臂麻痛不能持重，不能工作。虽经针灸、药物治疗效果不显，今来刺血。检查：右上肢腱反射减退，弹指征（+）。X线摄片示第3～5颈椎椎体前后缘有唇样骨质增生。诊断：颈椎骨质增生。治疗：刺血太阳、尺泽。1月19日2诊：颈部及右手臂麻痛均减轻，抬举功能有恢复。刺血尺泽、大椎。1月21日3诊：颈、肩疼痛大减，右手持重、抬高均可。刺血：委阳。效果：刺血3次，颈痛消失，功能恢复，正常工作。随访多年没有复发。

【导读】

颈椎病是中老年人常见病，病变主要累及颈椎骨、椎间盘和椎管等，对附近神经血管压迫、刺激而出现相应的不同临床症状。其主要症状，有头、项、臂、手及前胸部位的疼痛、麻木，也有患者伴下肢麻木无力，步态笨拙。出于病变部位和程度的不同，临床上可分为“神经根型”、“脊髓型”、“交感神经型”和“椎动脉型”4种类型。颈椎病属于中医的“骨痹”、“肩颈痛”或“肩背痛”范畴。中医认为病变在骨，部位在督脉和足太阳经循行皮区，其病因病机为体虚，复感外邪，或因跌仆、损伤而致气血运行不畅，经络阻滞，尤其中老年人肝肾不足，督脉空虚，以致筋骨失养，更易形成本病。

田从豁医案：田氏所治病例冬日风寒侵于经脉，兼其年事已高，阳气日衰，辨证



为寒邪凝滞型痹证，西医诊断为颈椎病。治疗依据阴病治阳理论，振阳散寒治之。选颈夹脊、曲池、合谷、大椎、肩髃等阳经穴针刺并拔罐散邪，又选三里、肾俞以扶已衰之正，又灸其大椎，使正复寒散而愈。

杨甲三医案：所治病例①西医诊断为颈椎病，病例②辨证为筋骨痹，西医诊断为神经根型颈椎病。杨氏认为本病具有本虚标实、下虚上实的特点。初起时，以标实为主，随着病程的延长，病情的发展，肝肾亏乏，气血耗伤，损及后天脾胃，临床还会有肌肉萎缩，筋骨拘挛，肢体痿废。因此本虚则成为本病的主要病机。杨氏对颈椎病的治疗提出了标本兼治、补泻兼施的原则，尤其强调早期治疗，以阻断疾病的发展。该病本于肝肾不足，但其症状却标于体表头项阳位，故治以清上补下之法，穴取阳经腧穴为主，杨氏以个人经验拟定基本穴方均以风池、天柱、列缺、后溪及颈部夹脊穴为治。杨氏认为颈椎病不论出现哪些症状，属何种类型，其根本都在颈椎，故处方取穴紧紧围绕颈椎“筋骨痹”这一关键，既照顾病因、病位，又照顾病机、病根、病症，既扶正，又祛邪，理、法、方、穴丝丝入扣，故疗效甚佳。根据临床观察，此类患者常以肩臂疼痛为主要表现，杨氏因其根于颈椎骨刺，主张不必在肩臂局部取穴，只有病因解除，疼痛自然消失。若在肩臂过多用针，不仅徒劳，反而有害，使疼痛更甚。

杨永璇医案：杨氏主张多种疗法配合治疗颈椎病可获良效。所治病例诊断为颈椎病(交感神经型)，于棘突5，6及大椎、肺俞等穴位梅花针叩刺加拔火罐，配合毫针刺肩髃、肩髎、曲池、手三里、列缺、合谷、外关等穴症状消失。

钟梅泉医案：钟氏认为梅花针治疗颈椎病有较好疗效。患者可在颈椎两侧和胸椎10～12两侧有条索和压痛，肩井穴、天宗穴均有明显压痛，腰、骶部可摸到泡状软性物。一般采取中等或者较重刺激。阳性物和阳性反应区采用重刺激手法。对于手指或手臂麻木患者，可在同侧指尖采用梅花针重刺放血，隔日1次，能收到明显效果。所治病例以补益肝肾、壮骨疏筋为治。选取后颈部、胸椎5～10两侧、腰骶部、肩部、天柱、风池、肩井、外关、肝俞、肾俞、阳性物处采用梅花针治疗，并在食、中、无名指尖采用梅花针重刺放血，诸症明显好转。

王秀珍医案：王氏认为颈椎病是中老年的常见病，其病理变化过程是椎间盘的进行性退变及椎骨的进行性增生，压迫和刺激周围组织及神经血管，使局部产生无菌性炎症和水肿。刺血旨在疏通血脉，消除瘀滞，解除神经压迫症状，改善局部营养代谢，缓解麻痛等临床症状，但是椎体增生是不可消除的。所治病例诊断为颈椎骨质增生，刺血太阳、尺泽、大椎、委阳，后颈部及右手臂麻痛减轻，抬举功能恢复。

第三十八节 漏肩风

一、张涛清

(一)风湿痹阻型漏肩风(肩关节周围炎)《张涛清针灸治验选》

王某,女,60岁,工人。主诉:右肩臂痛2年,患肢活动障碍,高举、旋转、外展受限,每于夜静时剧痛,入睡时常觉颈肩不适,经当地医院诊断为"肩周炎",中西药物及按摩等医治不效,慕张老名从新疆专程来兰州针治。检查:右肩关节前上有明显压痛,肩关节活动受限,肩痛放射至前臂,握力较健侧减弱,被动内旋,外旋,肩部剧痛难忍,患臂上举<90°,不能梳头,外展<60°,后伸不能摸及骶部,系裤带困难,舌苔白润,脉浮紧,诊断为肩周炎,辨为风湿痹阻肩痛。取穴:手穴取健侧。进针后,强刺激捻转催气,针刺得气后向上传导。帮助患者活动患肢,针刺3min出针。针刺1次后肩痛即缓解,针刺3次后肩痛消失,手能高举过头,摸到对侧耳垂,继续针治3次,肩关节活动功能恢复,无任何不舒适感觉,而告临床治愈。

(二)寒湿痹阻型漏肩风(肩关节周围炎)《张涛清针灸治验选》

吴某,男,58岁,干部。主诉:近10d来,右肩背疼痛,逐渐加剧,肩背沉重发紧,痛连及颈项手指,肩背手臂麻木,手腕硬痛,夜间时有剧痛,影响休息、写字,经中西医检查治疗,疗效不佳。检查:舌质红,苔薄白,脉沉弦,诊断为肩周炎,辨为寒湿痹肩痛。取穴:手穴,阴陵泉。手穴如上所述。阴陵泉针刺得气后行烧山火针法,通经活络,散寒祛湿,并嘱患者活动患肢,针3min时,患者微汗出,即出针。仅针1次,患者肩部疼痛消失,活动如常。

二、于书庄

(一)寒湿痹阻型漏肩风(肩关节周围炎)《于书庄针灸医集》

迟某,男,60岁,1983年7月17日初诊。病史:两肩痛6个月。患者由于受寒引起两肩酸痛,以左肩疼痛明显,夜间痛甚,肩部怕冷,阴雨天疼痛加重,活动受限。病后曾去某院接受电针、拔罐、封闭等法治疗,无明显效果。诊断为"肩关节周围组织粘连"。检查:抬举90°,后背至尾骨,内收触对肩。天宗、肩髃、阳溪等穴压痛明显。舌质黯,苔白滑,脉弦细,辨证:证系寒湿之邪痹阻阳明、太阳经筋。治法:治以温化寒湿,温通气血。治疗经过:火针点刺,以痛为腧29次。每侧每次点刺5~6针,每周3次。针刺中脘、足三里、阳溪1次,用以扶助正气。针刺肩髃、肩髎、天宗、天井1次,用以疏通气血。自火针治疗后,肩痛逐渐减轻,活动范围逐渐扩大。治疗16次后,抬举160°,后背至命门穴,内收手触及对侧肩胛岗。19次后肩部活动基本正常。巩固治疗10次,历时3个月。去信随访,患者于当年11月23日回



科复查，肩痛消失，活动范围正常，未见复发。

(二)寒邪痹阻型漏肩风(肩关节周围炎)《于书庄针灸医集》

崔某，男，48岁，1985年1月12日初诊。病史：左肩臂痛7d。患者于7d前无明显诱因出现左肩臂痛，疼痛逐渐加重。痛自左肩胛沿腋下至肘胀痛，颈部肌肉亦痛，肩臂和头部活动受限，不怕冷。病后曾在我科针刺数次无效。既往有脑血栓病史。1981年患颈椎病。检查：面红，舌尖红，苔薄滑，左脉沉细，右脉沉弦。左上肢抬举80°，后背过腋中线，风池、天柱、肩井压痛(++)。辨证：证系寒邪痹阻少阳、太阳、阳跷脉。治法：治宜温散寒邪，温通经脉。治疗经过：针刺对侧曲池、后溪、绝骨(行龙虎交战法)。经1次治疗，疼痛明显减轻，抬举170°，2次治疗后压痛点消失，6次后疼痛基本消失，活动范围正常。仅沿左臑后廉痛麻至手腕，此颈椎病也。改用中脘、气海、足三里、合谷、太冲进行治疗。

三、郑魁山

风寒侵袭型漏肩风(肩关节周围炎)《郑氏针灸全集》

徐某，男，50岁，农民。因右胳膊疼痛2个月，1960年5月10日初诊。患者2个月前在地里干活时，天气太冷，用镐翻土用力过猛，突然右臂疼痛，逐渐加剧，活动困难，夜里疼痛更剧，不能入睡，压着右臂睡觉，经常痛醒，不能提腰带，否则就引起剧痛，而来我院诊治。检查：右臂上举能摸及右耳，肩肱连动，外展不能平肩，内收能摸及胸部，后伸摸脊仅能摸及髂骨，不能叉腰，肩关节周围有压痛，以右肩髃、臂臑穴处压痛最明显。舌质红、苔薄白，脉弦紧。中医辨证系风寒侵袭、经络瘀阻、损伤经筋、瘀血停留。采用祛风散寒，活血通络，舒筋利节之法治之。取肩髃、臂臑、肩髎、曲池，用烧山火法，起针后用同样手法针右条口透承山，留针20min，在留针期间边操作边让患者活动患臂。每日针治1次，并嘱患者每日活动患臂。针治2次，右胳膊疼痛减轻，活动范围扩大。治疗至5月20日，针达10次时，疼痛基本消失，患者能下地干活。检查：右臂上举能摸及左耳，外展能平肩，内收能摸及左肩，后伸摸脊能摸及第2腰椎，治疗至6月5日，针达20次时，胳膊痛完全消失，活动恢复正常，后伸摸脊能摸及第9胸椎棘突。治愈停诊。同年10月29日随访，情况良好。

四、杨永璇

(一)风寒侵袭型漏肩风(肩关节周围炎)《杨永璇中医针灸经验选》

朱某，女，53岁。初诊：素有关节疼痛病史，近1个月来右肩骤然疼痛，逐渐加重，以致抬举不利。此风寒外邪，乘袭络脉，营卫不和，发为肩臂痹痛。痹者闭也，气血壅滞，不通则痛。舌苔薄白腻，脉形弦数。先宜祛风散寒，温通经络，以缓其痛。针灸方法：肩髃右用扬刺法，温针加拔火罐。2诊：第2天。右漏肩风，



经治后痛势大减，抬举转利。风寒凝滞，络脉受阻，来骤去捷。务须局部保暖，以免寒邪复侵。针灸方法：同上。续治5d，上方每日针治1次，即告平复。

(二)风寒侵袭型漏肩风(肩关节周围炎)《杨永璇中医针灸经验选》

彭某，男，51岁，右肩臂酸痛已近2个月，最近疼痛加剧，伸展抬举均受妨碍，苔根腻，脉浮数。风寒乘袭，经络营卫不和，证属漏肩风，宜祛风散寒，温经通络。取穴：风门、肩髃、肩内陵、肩贞(以上均右侧，泻法，针后加拔火罐)、曲池右、外关右(泻法)用捻旋补泻法。2诊(第3天)针后右臂酸痛大减，抬举转利，苔根腻，脉濡，风寒渐化，仍宗原治。取穴同上。3诊(第5天)，右臂酸痛已基本消失，高举反旋自如，脉濡，腻苔已化，再宗前法。取穴同上，3次针后，未来就诊。翌年来复诊时，谓上次针后即已痊愈。

五、王秀珍

风寒侵袭型漏肩风(肩关节周围炎)《刺血疗法》

蒋某，男，47岁，干部，1975年4月8日初诊。右肩疼痛，功能障碍3年。感受风寒引起肩胛牵掣酸痛，痛时从肘臂放射到拇、食指。夜间痛剧，影响睡眠。右手臂上举摸不到头，后旋不能脱衣，内屈达不到左肩。虽经针灸、药物治疗效果不显，今来我院刺血。检查：右肩关节外展平举45°，后旋摸不到腰椎。肩胛区压痛(+)，尺泽穴血管怒张，舌苔薄白，脉细涩。诊断：肩关节周围炎。治疗：刺血尺泽及肩前局部。4月26日2诊，右肩疼痛大减，夜间已不觉痛，手臂抬高能摸到头，酸痛感仍未完全消除。刺血：曲泽。效果：刺血2次，患肩疼痛消失，肩关节活动恢复正常。患者还有坐骨神经痛，亦同时刺血治愈。1978年9月来信说：刺血后身体一直很好，正常工作。

六、钟梅泉

肝肾不足型漏肩风(肩关节周围炎)《中国梅花针》

袁某，男，57岁，翻译，1963年8月30日初诊，左肩关节疼痛和活动障碍5个月，有时患肢发麻、发凉感，头晕，心烦性急，神倦，腰酸，步履乏力，夜尿1～2次。曾用按摩、针灸和中药、理疗治疗均未收效。检查：左上臂肩周肌肉有轻度萎缩，左肩关节做外展、外旋、前屈、后伸动作时疼痛加剧并受限。胸椎1～10两侧有条索和压痛，腰部可摸到泡状软性物，肩关节周围及天宗穴有条索和压痛。脉细尺弱，苔薄质淡。故诊断为肩周炎。证属肝肾不足，筋肉失养所致。拟以补益肝肾，舒筋活络、润肌为治。根据病证，选取胸椎1～10两侧、颈椎5～7两侧、腰部、肩关节区、肩部、风池、曲池、手三里、大椎、肝俞、肾俞、阳性物处进治。采用梅花针治疗10次后，疼痛基本消失，肩关节活动明显好转。共治疗38次，症状消失，肩关节活动恢复正常。恢复全日工作，无不适感。随访观察10个月，疗效巩固。



七、刘保延

风寒侵袭型漏肩风（肩关节周围炎）《火针》

赵某，男，67岁。左肩疼痛伴各项活动障碍3个月余。3个月前，始则肩部酸疼，上肢无力，未予治疗，持续近1个月，左肩疼痛明显，以夜晚为甚，梳头、洗脸、系腰带、背伸等活动明显受限，伴失眠、神疲。查肩部无肿胀，无肌肉萎缩、肩前与肩胛骨部压痛明显，肩部外展45°，搭肩不行，上举90°，后伸拇指抵骶椎，舌淡红，苔薄白，脉沉细。第1次治疗，取条口透承山（左），28号毫针，直刺进针后，小幅度提插捻转，针感达足，嘱患者活动患肩。20min后，痛减，活动幅度增大。起针后找出肩前动痛点（肩髃，肩内陵），行火针点刺，每穴2次，嘱配合"爬墙"、伸臂锻炼。针后第3d 2诊，肩痛减轻，夜晚已能安睡，活动仍受限。选膏肓穴透肩峰，使针感达肩前，起针后再刺肩髃、肩髎透极泉（助手帮助），速刺不留针，针后火针点刺动痛点。此后，隔2d火针1次，点刺动痛点、阿是穴，共经12次治疗，肩痛消失，各项活动基本正常。

【导读】

漏肩风是以肩部疼痛，活动受限为主症的疾病。由于风寒是本病的重要诱因，故常称为"漏肩风"，本病多发于50岁左右的成人，俗称"五十肩"，因患肩局部常畏寒怕冷，尤其后期常出现肩关节的粘连，肩部呈现固结状，活动明显受限，故称"肩凝症"、"冻结肩"等。西医学的肩关节周围炎归属本病范畴。

本节所选医案的作者均认为漏肩风是由于体虚、劳损、风寒侵袭肩部，使经气不利所致。肩部感受风寒，阻痹气血；或劳作过度、外伤，损及筋脉，气滞血瘀；或年老气血不足，筋骨失养而衰颓；皆可使肩部脉络气血不利，不通则痛。肩部归手三阳所主，内外因素导致肩部经络阻滞不通或失养，是本病的主要病机。疼痛以肩后部为主为手太阳经证；疼痛以肩前部为主，为手阳明经证；疼痛以肩外侧为主，为手少阳经证。治以通经活络，疏调气血之法。

张涛清医案：张氏治疗漏肩风的主穴是手穴和阴陵泉。取穴简单，疗效显著，值得借鉴。手穴（位于食指指掌关节桡侧缝隙处），手穴居于手阳明大肠经经脉上，手阳明大肠经循肩，亦属多气多血，该穴针刺可疏调阳明经气血的运行，亦有祛风、散寒、化湿、通络的作用，为张氏的经验用穴。阴陵泉穴属脾经合穴，有健脾祛湿，疏宣经络闭滞之气的功效。二穴相配祛风散寒，运脾治湿、活血通络。张氏所治病例①辨证为风湿痹阻型漏肩风。单取健侧的手穴，进针后，强刺激捻转催气，针刺得气后向上传导，肩痛缓解，肩关节活动功能恢复。病例②辨证为寒湿痹阻型漏肩风。取健侧的手穴和患侧的阴陵泉，手穴如上所述。阴陵泉针刺得气后行烧山火针法，并嘱患者活动患肢，微汗出，即出针。患者肩部疼痛若失，活动如常。



于书庄医案：所治病例①因受寒引起肩痛，辨证为寒湿之邪痹阻阳明、太阳经筋。治以温化寒湿，温通气血。应用火针温寒，针对病因治疗，针刺则属于辅助治疗。病例②患者辨证为寒邪痹阻少阳、太阳、阳跷脉。治宜温散寒邪，温通经脉。故取病侧穴位治疗无效，取对侧曲池、后溪、绝骨行龙虎交战法，以镇痛而收功。对于年老体弱，正气不足者，取中脘、气海、足三里以补益正气。

郑魁山医案：患者因受寒加扭伤引起，辨证为风寒侵袭、经络瘀阻、损伤经筋、瘀血停留型漏肩风。治宜祛风散寒、活血通络、舒筋利节。上肢穴采用热补法。行烧山火而使阳气入内，使患部有温热感。上肢针后再针下肢穴，针下肢穴时边操作边嘱患者做上举、外展、内收等运动，以锻炼患肩的活动，而提高疗效。

杨永璇医案：所治病例①证系风寒侵袭型漏肩风，宜祛风散寒，温通经络，以缓其痛。治疗局部取穴以痛为腧，取肩髃穴选用扬刺法，操作时在穴位正中先刺一针，然后在上下左右各浅刺一针，适于寒气浅而疼痛面积较大的痹证，配合温针加拔火罐，祛邪利络，较易收效。如疼痛日久，致活动障碍，粘连不举者，治疗收效较缓，可针风市、阳陵泉用捻旋、提插泻法，可立见轻松。病例②同病例①，辨证为风寒外邪乘袭脉络，气血凝滞，不通则痛，治疗以局部分经取穴，取肩髃、肩内陵、肩贞，以疏手三阳经气之闭遏，行气活血。风门为治风之要穴，有疏散风寒，通经定痛之功。曲池配外关，以解表清热。并结合拔罐以驱除外邪，疏通气血。肩内陵乃杨氏的经验穴，位于肩关节内侧喙突处，对上肢痹痛有良效。

王秀珍医案：王氏认为刺血治疗漏肩风，可疏通经脉中凝滞的气血，改善肩部的血液循环，通则不痛，瘀去痛止，恢复肩部正常功能。应注意针刺放血所取的血络必须具有气血瘀阻的征象，郁血的血络都是坚盛胀满而发赤的。王氏刺血治疗漏肩风选穴少而精，所治患者为风寒侵袭型漏肩风，仅刺尺泽、肩前局部、曲泽出血而愈。

钟梅泉医案：钟氏认为梅花针对本病疗效尚好，尤其对初期患者收效明显，后期患者则需要较长时间的治疗，结合功能锻炼疗效更好。所治病例辨证为肝肾不足型漏肩风。宜补益肝肾，舒筋活络、润肌为治。一般根据病证选取胸椎 1～10 两侧、颈椎 5～7 两侧、腰部、肩关节区、肩部、风池、曲池、手三里、大椎、肝俞、肾俞、阳性物处采用梅花针治疗，用中度或较重刺激手法，在阳性物和阳性反应区，尤其压痛点处采用重刺激手法后，疼痛消失，肩关节活动恢复正常。

刘保延医案：刘氏使用毫针和火针配合治疗漏肩风，取条口透承山、膏肓透肩峰，操作时从膏肓穴进针，沿肩胛骨内，向肩峰透刺，以肩部酸麻为度，起针后，用中号火针点刺局部压痛点，每点数针，收效明显。所治病例辨证为风寒侵袭型漏肩风，采用膏肓透肩峰，肩髃、肩髎透极泉，速刺不留针，针后火针点刺动痛点、阿是穴治愈。



第三十九节 腰　　痛

一、于书庄

(一)肾虚型腰痛《于书庄针灸医集》

刘某,女,32岁,1986年5月2日初诊。病史:腰痛1d。1986年4月22日行人工流产术,术后劳累过度(洗衣服),次日(5月2日)突然出现腰痛,不能转侧。检查:其骶部中行及两侧压痛,气海压痛,直腿抬高试验阴性,舌苔薄白,脉沉弦,痛苦面容。辨证:证系劳累过度,肾府失养。病属太阳兼督脉经。治疗经过:弹拨左右昆仑各3下。弹后令其起床下地,活动自如。次日相遇,患者正在看护小孩,说:"您真是手到病除呵!"观察年余,未见复发。

(二)寒邪痹阻型腰痛《于书庄针灸医集》

薛某,男,64岁,1987年4月4日初诊。病史:既往患腰椎间盘突出症6年,已愈。近2个月来无明显诱因而病右侧腰部酸痛,不能俯仰,咳嗽加重,遇寒痛甚。检查:其右骶髂关节处压痛。辨证:证系寒邪痹阻太阳经脉。治疗经过:弹拨左右昆仑各3下。弹拨后即下床活动,腰痛消失。观察2个月未见复发。

(三)寒湿痹阻型腰痛(腰骶神经根炎)《于书庄针灸医集》

李某,男,40岁,1972年10月12日初诊。病史:腰骶部剧痛2个月余。病因当年暑月出差山东,时值气候炎热,每日用冷水淋浴而发病。当时腰骶部剧烈疼痛,并向前阴放射,尤以夜间为甚,腰骶部怕冷,活动严重受限,每次翻身都因痛而出一身汗,面色黄白,脉弦紧,舌苔薄白。病后即去某院,诊为腰骶神经根炎,给予针刺及口服和肌注中西药物(药物不详)治疗,效果不显。辨证:证系感受寒湿,痹阻太阳、厥阴之脉。治法:治以温化寒湿,温通经脉。治疗经过:灸八髎以温化寒湿,针大椎(热手法)以助阳,针合谷、太冲以开痹。针灸后痛减,连治10次,病衰大半。

(四)肾气不足,感受风寒型腰腿痛(左踝关节畸形、腰椎骨质增生)《于书庄针灸医集》

许某,女,57岁,1975年4月16日初诊。病史:右腿痛6个月余。1974年10月无明显诱因而病右腿痛,继而腰痛。始则痛自臀部沿大腿后侧、小腿后侧窜至足外侧,针刺样疼痛,足趾麻,进而从腰部窜至两腿,右腿重,两足跟痛,左足踩痛。检查:左踝关节畸形(外伤骨折后),腰椎X线摄片显示骨质增生,两跟骨骨刺。腰2、承山、委中压痛明显,跗阳、昆仑压痛,舌质淡红,边有齿痕,苔薄白,脉弦滑,直腿抬高试验(一)。辨证:证系骨失所主,感受风寒,痹阻太阳、督脉。治法:治以补肾,祛风散寒。治疗经过:针刺①肾俞夹脊、后溪、环跳、承山、昆仑。②风府、外关、环跳、

委中、风市、腰阳关。两组穴交替取用，治疗 10 次腿痛明显减轻，19 次腿痛消失。自 1976 年至 1979 年 9 月共复发 5 次，随令其自立冬日起至立春日止，灸关元 100d。1981 年 8 月随访，患者告之，自 1979～1980 年，连续灸关元 2 年，腿痛未复发，健康状况也较前进步，一冬未感冒。

(五)瘀血腰痛(腰外伤)《于书庄针灸医集》

左某，女，49 岁，1981 年 8 月 21 日初诊。病史：右腰胯痛 2d。2d 前腰部砸伤，以致腰胯部如针刺样剧烈疼痛，活动严重受限，动则刺痛难忍。检查：腰胯无红肿，右侧腰 2 旁压痛，舌质淡红，脉沉。辨证：证系瘀血腰痛，病属太阳，少阳经。治法：治以活血化瘀，行气止痛。治疗经过：针刺阳陵泉、支沟、腰 2 夹脊穴，针后取较强酸胀针感。治疗 2 次后，剧痛消失，5 次后腰胯痛消失，仅腰椎旁肌肉痛，拘紧。针刺改为后溪、委中、腰椎 2 及 4 夹脊穴，针刺寻找较强酸胀针感，共治疗 8 次而愈。观察 40d 未见复发。

(六)风寒湿型腰腿痛(腰椎骨质增生)《于书庄针灸医集》

王某，男，46 岁，1981 年 1 月 22 日初诊。病史：1958 年腰扭伤，1978 年腰痛复发。近 3 周前突然腰痛，继而右腿亦痛，痛自腰部向右腿走窜，呈针刺样剧痛，活动严重受限，不能翻身，尤以午前和夜间为甚，右腿沉重，怕冷。病后曾去某院治疗未效。检查：腰部压痛(++)，腰椎 2～4 节骨质增生，苔薄白，舌边有齿痕，脉沉缓。辨证：证系风寒湿邪痹阻太阳、阳明经，治法：治宜化湿温寒，散风通络。治疗经过：针刺取穴为腰骶压痛点、环跳(温针灸)、腹股沟压痛点(齐刺法)、阳陵泉、足三里(热手法)。治疗 3 次后，腰骶部压痛已不明显，腿痛沿足阳明经窜痛，乃改为髀关、伏兔、梁丘、足三里、上巨虚、阳陵泉、风市，继针 3 次，腿痛缓解。6 个月后，患者来科复查，腰腿已不痛，仅蹲久或坐久右腿麻，无其他不适。针中脘、气海、列缺、足三里 1 次。

二、郑魁山

(一)肾气素虚、劳累过度型腰痛(腰肌劳损)《郑氏针灸全集》

鲁某，女，18 岁，学生。因腰痛不能转动 3d，1962 年 4 月 23 日住院。患者 3 年前因下乡割庄稼 20 余天，劳累过度后，即感腰部肌肉痛，伴有左侧膝关节和伸侧肌肉痛，当气候变化或冬季天冷时疼痛加剧，天热较轻，发病后，曾经某医院诊断为腰肌劳损，经中西药物内服、贴膏药和外敷药等长期治疗，疼痛减轻，3d 前腰被跌伤，腰痛加剧，不能转动而来住院。检查：腰部左侧有 6cm×5cm 大小的皮肤表面粗糙肿胀，发红有痂皮，左志室穴处皮下可扪及 3cm×12cm 大小的质软如棉团的条索状肿物，压痛明显。第 10 胸椎至第 2 腰椎外形呈弓背状向左弯，腰向前弯和左右侧弯活动良好，后伸时感疼痛，1～3 腰椎棘突有叩击痛，四肢活动自如。神经系统检查未见异常，X 线摄片检查显示：胸 12 椎左侧肋骨较右侧明显变短，诸椎体及附件等未见明显异常。舌苔薄白，脉沉细。西医诊断为腰肌劳损；中医辨证系肾气素



虚、劳累过度，损伤经筋。采用补肾振阳、活血化瘀、舒筋止痛之法治之。取肾俞、志室、关元俞，用烧山火法，不留针，起针后取手小节，用平补平泻法，5min 行针 1 次，边操作边让患者活动腰部，针后腰痛减轻。隔日针 1 次，针治 3 次，腰痛明显减轻，即能活动。加针环跳、阳陵泉，针治九次，腰腿痛消失，腰部肿物渐小，压痛已不明显。则改取肾俞、关元俞、志室，治疗至 6 月 11 日，针达 20 次时，腰痛和肿物完全消失，各种活动自如。停诊观察 10d，6 月 26 日治愈出院。同年 9 月接患者来信说未复发。

（二）寒湿型腰痛《郑氏针灸全集》

刘某，男，33 岁，农民。因 3 年前收割水稻时，遭雨淋受寒，出现腰部酸痛、发凉，气候阴冷时加剧，近来疼痛加剧，腰不能俯仰，连及臀部和下肢，下床困难，舌质淡，苔薄白，脉沉紧。症系雨淋涉水，寒湿侵入，客于经络，气血不畅。采用温通经络，祛散寒湿，强腰固肾，利气止痛之法治之。先针肾俞、关元俞，配秩边、环跳、委中、承山用烧山火法，使热感传到腰骶和下肢，留针 30min，起针后腰痛减轻，每日 1 次，针治 6 次疼痛消失。3 个月后随访未复发。

（三）肾气不足、风寒湿型腰痛（腰骶部关节炎）《郑氏针灸全集》

张某，男，38 岁，干部，1954 年 2 月 17 日初诊。患者 1943 年全身关节痛，尤以腰部脊椎部为甚，卧床 1 年多未起，疗养 3 年症状减轻，但时好时坏已 10 年之久。1953 年症状复发，比前加重，主要是腰部酸痛，两腿无力，有时自行摆动，经常心跳不匀、头痛失眠、疲乏无力，右侧腰部肌肉萎缩，经湖南湘雅医院诊断为风湿性关节炎，认为在潮湿地区无法治愈，须转干燥地区长期疗养。于是来北京住协和医院，各科大夫进行会诊，前后 X 线摄片近 20 张，诊断为腰骶部关节炎。曾经内服药和各种疗法，并去北戴河疗养，对头痛、心跳有效，腰骶部疼痛和腿痛等症状无明显改变。近来整个脊椎酸痛，尤以腰部为甚，酸困、疲劳；两腿酸痛无力，疲劳时两脚自行颤抖摆动，饮食减少，消化不良，而来我所求治。检查：面色潮红，舌质淡、苔薄白，脉沉迟，68/min，血压 95/50mmHg（12.7/6.67kPa），心、肺、肝、脾未见异常。腰骶椎弯曲不平，腰骶部肌肉萎缩，皮肤不润泽呈黄色，弯腰困难。中医辨证系肾气不足、风寒湿侵袭。采用补肾培元、祛风散寒、舒筋利节之法治之。取肝俞、肾俞、关元俞、命门、次髎，用进火补法；治疗 20d，针达 13 次时，背部发现片片红点（充血点），皮肤发痒，腰痛即停止。继续治疗到 2 个月，针达 39 次时，周身疼痛完全消失，遇到天气变化时亦不发生不适感，即开始上班工作。唯因患病太久，身体衰弱过甚，若工作过久，用脑过多时，仍感疲乏腰酸，以后开始每周针 1 次，观察至 5 月底，又针了 3 次，共计 3.5 个月，共针 42 次，腰骶部肌肉萎缩情形好转，腰部弯转自如，精神体力增加，恢复了健康。为了继续观察，除经常联系外，1955 年 8 月间曾 X 线摄片 1 次，未发现病变。据最近联系，仍照常工作，腰部肌肉恢复已接近正常。



三、陆瘦燕

邪入少阳型腰腿痛《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

杜某，男，39岁。寒邪侵袭少阳，病延多日，经气空虚，右侧腰腿酸痛，肌肉萎缩，以致不能站立，困于转侧，舌苔薄白起裂，脉来正常。当从症不从脉，疏通经气以治其标，待痛势消失，再行治本补肾。取穴：环跳右、阳陵泉右、风市右。手法：环跳穴施导气手法，5min后开始得气，感应渐向下移，至丘墟穴处，停滞不前，用循法后很快向下放射至第4,5趾尖端。调向后，针感仅在附近放射，同时右内侧阴廉穴处有压痛感。阳陵泉穴向下导气，沿少阳经放射，感应较强。风市穴导气后，针感至丘墟穴处，经捻转结合循法后，感应迅速达足趾。针刺后，痛势大减，能站立转侧，屈伸自如。

四、田从豁

肾虚型腰痛(腰椎间盘突出)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

刘某，女，58岁，工人，1998年4月20日初诊。病史：患者3年前始出现腰痛，曾感腰部酸痛，阴雨天或劳累后加重，当时未予重视。3年来腰痛逐渐加重，痛重时腰部不能俯仰，转侧不能，曾服止痛药缓解疼痛。曾用针灸、按摩、理疗、中药汤剂等多种药物治疗。效果不明显。2个月前经腰部CT诊为“腰4,5椎间盘膨出”，医院要求手术，因恐惧心理转求针灸治疗。来诊时腰痛不能屈曲，转侧困难。曾用手扶腰才能缓慢直立，左下肢牵拉疼痛，行走困难呈跛行步态，左下肢麻木尤以左足趾为重。检查：强迫体位，腰部向前屈曲，伸屈受限，痛苦面容，形体适中，舌黯苔少，脉沉细，腰4,5椎体压痛阳性。诊断：中医为腰痛(肾虚腰痛)；西医为腰椎间盘突出症。治则：补肾强腰，通经止痛。治法：取肾俞、志室、次髎、秩边、太溪，肾俞、太溪用补法，余穴用平补平泻法，肾俞加灸。起针后，沿腰部膀胱经至左下肢处走罐。2诊后加用解溪、太冲(左侧)，后曾用足三里、阳陵泉等穴加减。疗效：治疗2次后，腰部明显舒适感，原自觉腰部酸痛、沉重，现已明显减轻。治疗5次后，腰痛明显减轻，左下肢疼痛亦减轻，但左足部麻木感减轻不明显。共治疗20次，腰痛基本消失，仅在劳累后有酸痛感，腰部活动自如，行走自如，左下肢痛已消失，仅存少许麻木感。

五、钟梅泉

瘀血腰痛《中国梅花针》

李某，男，37岁，工人，1986年5月26日初诊。2d前搬运重物不慎扭伤腰部，疼痛剧烈，不能弯腰曲背，不能转动翻身，呻吟不止，由家人搀扶来诊。检查：腰右侧肌肉发紧，压痛明显，但不红肿，不能做俯仰动作。腰椎1～5两侧有条索，腰椎



2～3两侧有明显压痛点。脉细弦，苔薄。证属腰伤损络，血瘀凝滞所致。拟以活血化瘀，通经活络为治。根据病证，选取腰骶部、侧腰部、压痛点、阳性物处、人中穴进治，采用较重手法，经梅花针治疗后，当即痛减，能活动，隔20min按原方继治1次，疼痛消失，自己步行回家。次日复诊腰痛未再出现，唯活动时腰部稍有发紧感，患部压痛点仍有轻度压痛，继治1次后，症状消除，无不适感。随访观察8个月，腰痛未再出现。

六、焦顺发

(一)腰痛(腰椎钙化)《头针》

严某，男，36岁，农民。主诉：腰痛10年余。病史：1962年6月开始腰骶部痛，逐渐加重。后来连水也不能担，经多方治疗无改善。1971年4月16日就诊。检查：腰骶部有压痛点，X线片证实腰椎钙化。选区：双侧足运感区，每日1次。疗效：针1次后不仅腰骶部疼痛消失，而且感到非常松快。

(二)腰腿痛(腰椎骨关节肥大性马尾病变)《头针》

刘某，女，48岁，职工。主诉：腰腿痛近3年。病史：3年前无特殊原因，在端坐较长时间起来后腰痛不能走路，后来发展到腿痛，半夜翻身时常用手把腿拉过来。经理疗、中西药物治疗均无改善。近月余发展更重，晚上不能翻身，早晨坐不起来。白天坐1h左右即腰痛站不起来，走路及咳嗽，腰腿酸痛。1978年7月17日来诊。检查：腰前弯时双腹股沟处痛明显。咳时臀部及腰部痛。腰椎X线摄片显示腰2、3、4椎体前后缘有明显唇样骨赘。选区：选双足运感区及感觉区上2/5，每日1次。疗效：第1次针后，当晚翻身时痛感消失，且腰腿感觉非常轻松，晨起及走路腰腿均不痛。坐下弯着腰缝了2床被子腰仍不痛，仅有点酸困。针5次后腰部酸困感也消失。腰前后左右活动，咳及走路均不痛，随访2个月仍正常。

【导读】

腰痛又称“腰脊痛”，是指因外感、内伤或挫闪导致腰部气血运行不畅，或失于濡养引起腰脊或脊旁部位疼痛为主要症状的一种病证。西医学的腰肌纤维炎、强直性脊柱炎、腰椎骨质增生、腰椎间盘病变、腰肌劳损等腰部病变以及某些内脏疾病，凡以腰痛为主要症状者，可归属本病范畴。腰痛一证在古代文献中早有论述。《黄帝内经》首先提出了肾与腰部疾病的密切关系，并根据经络循行，阐述了足三阴，足三阳以及奇经八脉为病所出现的腰痛病证，介绍了相应的针灸治疗。《金匮要略》论述了寒湿腰痛的发病、症状与治法。《诸病源候论》强调肾虚，风寒留着，劳役伤肾，坠堕伤腰及寝卧湿地等因素导致腰痛。《七松岩集》对腰痛常见的病因和虚实做出概括。《证治汇补》指出腰痛宜分清标本先后缓急而治之，在临床具有重要指导意义。

本节所选医案的作者均认为腰痛病因为内伤、外感与跌仆挫伤，基本病机为筋



脉痹阻，腰府失养。内伤多责之禀赋不足，肾亏腰府失养；外感为风、寒、湿、热诸邪痹阻经脉，或劳力扭伤，气滞血瘀，经脉不通而致腰痛。其发病常以肾虚为本。一般初起多实，治以祛邪为主，重在祛邪通脉活络；病久则虚，治以补益为主，重在滋补肝肾，健脾培本，或祛邪与扶正并用，以达到扶正祛邪的目的。

于书庄医案：于氏用"弹经拨络法"，独取昆仑治疗太阳经腰痛，取得满意效果。治疗时令患者仰卧，术者立于患者足下，用右食指弹拨左昆仑，以左食指弹拨右昆仑。术者将食指尖放在昆仑穴位上（即跟腱前缘凹陷处），用力向下压，然后向外踝方向滑动，弹拔时术者感觉指下有一根筋滚动，患者感觉痛、麻或触电感向足心放射，无论双侧或单侧腰痛，左右昆仑皆各弹拨 3 下。所治病例①辨证为肾虚型腰痛。病例②辨证为寒邪痹阻型腰痛，病均属太阳经病变，故应用此法，收效甚佳。病例③腰痛辨证为感受寒湿，痹阻太阳、厥阴之脉，西医诊断为腰骶神经根炎，治以温化寒湿，温通经脉。灸八髎以温化寒湿，针大椎（热手法）以助阳，针合谷、太冲以开痹。病例④患者腰腿痛反复发作，辨证为肾气虚，西医诊断为左踝关节畸形、腰椎骨质增生。关元为元阴元阳之所，灸关元有补肾之功效，故灸后肾气得充，腰腿痛未再复发。病例⑤辨证为瘀血腰痛，病属太阳、少阳经。治以活血化瘀，行气止痛，针刺阳陵泉、支沟、腰 2 夹脊穴、后溪、委中等穴，针后取较强酸胀针感为度。病例⑥辨证为风寒湿邪痹阻太阳、阳明经，西医诊断为腰椎骨质增生。治宜化湿温寒，散风通络。因压痛范围小而深，故以齐刺法治愈。齐刺法见于《灵枢·官针》，曰"齐刺者，直入一，旁入二，以治寒气小深者。或曰三刺，三刺者，治痹气小深者也"。

郑魁山医案：所治病例①证系肾气素虚，劳累过度，损伤经筋，西医诊断为腰肌劳损。宜采用补肾振阳、活血化瘀、舒筋止痛法，取肾俞、志室、关元俞用烧山火法以补肾阳，取环跳、阳陵泉以舒筋止痛。病例②症系雨淋涉水，寒湿侵入，客于经络，气血不畅。采用温通经络，祛散寒湿，强腰固肾，利气止痛之法。取肾俞、关元俞，配秩边、环跳、委中、承山用烧山火法，热感传至腰骶和下肢治愈。病例③证系肾气不足、风寒湿侵袭型腰痛，西医诊断为腰骶部关节炎。宜采用补肾培元、祛风散寒、舒筋利节之法。取肝俞、肾俞、关元俞、命门、次髎用进火补法治之而愈。

陆瘦燕医案：辨证为邪入少阳型腰腿痛，根据经络辨证理论，专用足少阳胆经穴，并施以导气（行气）手法。陆氏常用的导气手法是，以针向行气法为主，即欲气上行，针向上刺，欲气下行，针向下刺，然后频频捻转、提插以催气，可结合"按法"和"循法"，每每针到病除。

田从豁医案：田氏指出针刺治疗各种腰痛疗效较好，但应辨别虚实寒热，不同的证型，适宜不同的治疗方法，方可取得理想的疗效。所治病例辨证为肾虚型腰痛，西医诊断为腰椎间盘突出。患者腰部酸痛日久，故治以补肾强腰之法。以肾



俞、志室、太溪补肾，次髎、秩边调和经脉，调理局部之气血，后加解溪、太冲、足三里、阳陵泉等穴调和气血而治局部之麻木。更加走罐以疏导局部之经脉，诸穴相配，达到止痛的作用。

钟梅泉医案：钟氏认为腰痛患者在腰骶椎两侧有条索、结节或泡状软性物，可摸到明显压痛点，臀部可摸到结节和压痛，髂嵴部有条索或结节。梅花针治疗采取中度或重度刺激。在阳性物及阳性反应处采取密刺重刺激手法。对急性腰扭伤的治疗，应在梅花针叩打后，让患者站立做深呼吸动作，随后轻轻活动腰部，反复做扭转、弯腰伸屈活动。然后在压痛点及阳性物处，再次按上述手法要求治疗1次，能收到更好的效果。钟氏所治病例辨证为瘀血腰痛，属腰伤损络，血瘀凝滞所致。拟以活血化瘀，通经活络为治。选取腰骶部、侧腰部、压痛点、阳性物处、人中穴采用较重手法治疗痊愈。

焦顺发医案：焦氏应用头针治疗腰痛常有奇效。认为头针的理论依据有：①根据传统的脏腑经络理论。②根据大脑皮质的功能在头皮的投影，选取相应的头穴线。所治病例①患者腰骶部有压痛点，西医诊断为腰椎钙化。选双侧足运感区治愈。病例②患者辨证为腰腿痛，西医诊断为腰椎骨关节肥大性马尾病变。选双足运感区及感觉区上2/5针刺治愈。

第四十节　坐骨神经痛

一、郑魁山

肾气素虚，风寒外侵型腰腿痛（坐骨神经痛）《郑氏针灸全集》

郑某，男，44岁，干部。因腰腿痛5年，1962年7月6日初诊。患者在20岁时参军，行军作战比较劳累，一直精神体力很差，1957年7月受寒风后，出现左腿痛，经部队某医院诊断为坐骨神经痛，经用电疗、水疗和针灸治疗后即愈。1958年春天复发，又用上述方法治疗，疼痛虽有减轻，但以后左腿外侧知觉迟钝，腿逐渐变细，变软，行走困难，每逢寒冷病情较重，近1周来疼痛加剧，行走、蹲坐，腰腿皆痛。检查：脊椎无畸形，腰部无红肿压痛，腰前屈45°时，左侧臀部疼痛，后伸及侧弯不受影响，左腿肌肉萎缩比右腿明显变细，左侧坐骨大孔处有明显压痛，并向大腿后侧放散，直腿上举试验阳性，舌苔淡黄，脉弦细。中医辨证系肾气素虚，风寒外侵。采用补肾强腰、祛风散寒、疏通经络之法治之。取双肾俞、关元俞、左秩边、飞扬，用烧山火法，不留针；针治2次，疼痛减轻；针治3次时，蹲坐即不痛。则按上述穴位减肾俞，加环跳、阳陵泉，治疗至8月15日，针达17次时，症状消失，腰腿活动自如，直腿上举试验阴性，仅肌肉萎缩无明显进步而停诊。3个月后随访未复发。

二、魏稼

肝郁型腿痛（坐骨神经痛）《魏稼针灸经验集》

汪某，男，42 岁。左侧臀部疼痛并放射至腓肠肌，以早晨起床后痛剧。经神经内科检查，诊断为坐骨神经痛。先针刺环跳、承山、阿是等穴 5 次，不仅无效，且晚间疼痛加剧。魏氏再察病情，脉呈弦象，且胸闷常叹息，疼痛与情绪有关。辨证为肝郁腿痛，改刺风池穴，针 3 次疼痛大减，连针 10 次，病告痊愈。

三、陈全新

寒湿型筋痹（坐骨神经间质炎）《陈全新针灸经验集》

张某，男，35 岁，工人。主诉：左下肢疼痛 1 周。病史：患者连日在冷气库工作，初感左下肢疼痛，继而举步困难，弯腰及提腿则感刺痛从臀部向下肢放射。经治未效，由两人扶持到诊。无明显腰足挫伤史。检查：神态疲倦，左足活动明显受限，皮肤发凉，秩边、承扶、委中、昆仑穴处出现明显过敏性压痛，直腿抬举 30°则现剧烈掣痛，腰触痛不显。小便清利，大便正常。舌质淡，苔薄白，脉细数。证脉合参：劳倦正虚，兼受寒邪侵袭，寒凝经络，气血不通则痛，痛沿足太阳经，诊断为膀胱经筋痹寒湿型（坐骨神经间质炎）。治疗：温经散寒，通经活络。用平补平泻法，针灸并施。取穴：秩边、委中、昆仑。配穴：肝俞、膈俞、足三里。操作：毫针刺秩边、委中、昆仑，进针得气后行顺时针捻转导气法，患者渐感针下有一股气上下流动，疼痛随即减轻。加温灸肝俞、膈俞、足三里时，患者感热从背腰向足放散，留针 20min。退针后此热气仍可隐现，原厥凉病足转暖，举步已不需别人扶持，伸展足掣痛明显改善。术后于左耳坐骨神经点埋针，并嘱患者家属带艾条回家，隔姜片温灸针刺部位。2 诊：患者可独自步入诊室，喜诉经昨日针治后足痛大减，除弯腰、提腿左足微牵痛外，步行无掣痛，直腿抬举可达 70°，脉缓，舌质淡红，苔薄白。治后经络气血得温通，寒邪得祛，气血和利，故痛得平。前法合度，仍宗原方施治。3 诊：病者诉经治后，困扰数日之足痛消失，步履如常。脉舌正常。病愈矣。乃除去埋针，嘱仍自行按上法艾温灸，以巩固疗效。1 周后复诊，足痛消失，已恢复工作。

四、张涛清

寒邪侵袭型腰腿痛（根性坐骨神经痛）《张涛清针灸治验选》

胡某，男，27 岁，干部。自诉：初因受凉腰痛，1 周后感觉腿痛，疼痛沿右大腿后侧，小腿外侧一直放射至足心，抽掣样疼痛，行走困难，坐卧亦痛，咳嗽时疼痛加剧，遇热稍减，遇冷痛甚，影响睡眠，经本院检查，诊断为坐骨神经痛，即住院治疗，曾封闭，服中西药物治疗 4 个月，疼痛有减轻，但未能彻底治愈，乃转针灸治疗。检查：直抬腿高举征阳性，臀部、大腿后侧、小腿外侧及足心抽痛，屈伸困难，舌苔白润，脉



弦紧。诊断为根性坐骨神经痛，辨为痛痹。取穴：患侧肾俞、关元、环跳、阳陵泉、绝骨、承山、足三里行提插、捻转，得气后平补平泻。环跳、阳陵泉、承山、足三里等穴的针感向下散至足背足尖。留针 30min，中间行针 2～3 次，隔日 1 次。共针刺治疗 10 次即告痊愈。6 个月后随访，疗效巩固。

五、王秀珍

坐骨神经痛《刺血疗法》

匡某，男，32 岁，农民，1977 年 1 月 2 日初诊。左臀部疼痛，并向大腿后小腿外侧及足踝部放射，伴有麻胀感，病程 6 个月余。在某县医院检查，诊断为坐骨神经痛。用泼尼松、药酒、维生素 B_1、维生素 B_{12} 治疗，收效甚微，足跟不能落地，不能平坐，夜晚痛剧，影响睡眠。检查：脊柱无异常，直腿抬高试验阳性，拾物试验阳性，坐骨神经通路有压痛点。抗链“O”、血沉均在正常范围。诊断：坐骨神经痛（左）。治疗：刺血腰俞、委中、阳交、丘墟。2 月 7 日 2 诊，疼痛缓解能平坐，夜间能入睡、左小腿仍有麻胀感。刺血：殷门、悬钟。2 月 25 日 3 诊，左腿麻痛感大减，弯腰已不痛，左臀部仍有余痛。刺血：腰俞、承扶。效果：刺血 3 次痊愈，随访观察 2 年余，没有复发，能参加重体力劳动。

六、钟梅泉

坐骨神经痛《中国梅花针》

菊地美子，女，40 岁，家庭妇女，1982 年 3 月 9 日初诊。右侧臀部及同侧下肢疼痛 5 个月余，活动受限，走路稍多则疼痛加剧，平时步履不便，每走一段路必须强迫休息后再走，痛甚时下肢不能伸直，并感觉患肢发凉。曾在日本的医院检查，诊断为坐骨神经痛。服药物、理疗等未收效。检查：抬腿试验阳性，坐骨神经通路有压痛点。腰部、骶部两侧可摸到条索，右侧有明显压痛。脉细，舌苔薄白。拟以通经活络、散寒止痛为治。根据病证选用腰部、骶部、患侧臀部、环跳、殷门、委中、承山，重点叩打腰椎 4～5 两侧、骶部、坐骨神经通路皮区、压痛点、阳性物处。采用梅花针治疗 1 次后，症状即见减轻，治疗 6 次，症状基本消失，步履正常，再继治 4 次以巩固调理而停诊。

七、刘保延

坐骨神经痛后遗症《火针》

王某，女，47 岁，1992 年 7 月 26 日初诊。患者右小腿部外侧冷痛，无力近 3 个月。6 个月前始则腰部不慎扭伤疼痛，继则连及右下肢痛，以外侧为甚，经中西药物，骨科手法治疗，疼痛基本消失。遗留小腿外侧麻木、冷痛不除，行走易乏力，不能远行。曾用毫针刺络等治疗近 1 个月效不显。初诊为坐骨神经痛后遗症。选陵



后(小腿外侧,腓骨小头后下方凹陷中,阳陵泉后方)、丰隆、足三里、丘墟穴,火针点刺,隔日1次。10次后诸症消失,后随访1个月未复发。

【导读】

坐骨神经痛是指坐骨神经通路及其分布区内发生的疼痛,并自臀部沿大腿后及小腿后外侧向远端放射。发病原因是神经间质炎和受凉、受压等病灶感染所致;或因邻近组织结构的病变所引起,按其受损部位又分为根性和干性坐骨神经痛两种。根性坐骨神经痛常见于腰椎间盘突出症,干性坐骨神经痛的原因骶髂关节炎、肿瘤、怀孕、臀肌注射部位不当、糖尿病和闭塞性动脉内膜炎等。中医认为坐骨神经痛属于"痹证"、"腰腿痛"范畴,因本病的发病部位有定处,局部疼痛甚剧,有寒热感,得温暖则痛稍减,故又名痛痹。

郑魁山医案:郑氏所治病例证系肾气素虚,风寒外侵腰腿痛,西医诊断为坐骨神经痛。采用补肾强腰、祛风散寒、疏通经络之法治之。取肾俞、关元俞、秩边、飞扬、环跳、阳陵泉等穴,用烧山火法以活血散瘀,疏通经络而愈。

魏稼医案:魏氏认为腰腿痛的治疗辨证也很重要,所治病例常胸闷叹息,疼痛与情绪有关。辨证为肝郁腿痛,西医诊断为坐骨神经痛。单刺风池疏肝理筋,病告痊愈。

陈全新医案:陈氏认为坐骨神经间质炎的形成,除扭挫伤致气血瘀滞经络不通外,皆与气血虚亏,寒湿痹阻筋脉有关。所治病例辨证为寒湿型筋痹,西医诊断为坐骨神经间质炎。治宜温经散寒,通经活络。取秩边、委中、昆仑;配肝俞、膈俞、足三里平补平泻,并配合隔姜灸,耳穴坐骨神经点埋针而收效。

张涛清医案:张氏认为针灸是治疗坐骨神经痛比较理想的方法。只要辨证准确,选穴恰当,手法熟练,就可收到疗效。所治病例辨证为寒邪侵袭型腰腿痛,西医诊断为根性坐骨神经痛。治以疏通经络,调和气血,蠲痹舒筋。取患侧肾俞、关元、环跳、阳陵泉、绝骨、承山、足三里行提插、捻转,得气后平补平泻。环跳、阳陵泉、承山、足三里等穴的针感向下散至足背足尖,肾俞、关元益火之源,使阳光一布而阴霾尽消;环跳疏通经络气血的闭滞,使经气流畅;阳陵泉为筋之会穴,可使筋脉通畅,气血调和;绝骨蠲痹痛;足三里健运脾胃;承山舒筋和肠以利寒湿,诸穴合用,以达镇痛消炎之目的。

王秀珍医案:王氏指出坐骨神经痛归属"痹证"中的筋痹,系风寒湿三气侵袭人体,闭阻筋脉,气血瘀滞,导致不通则痛。《素问·调经论》云:"寒独留,则血凝泣,凝则脉不通,其脉盛大以涩,故中寒"。可见"中寒瘀血"乃此病之病机,而疼痛又是瘀血的特有症状。刺血旨在疏通经络,流畅血行,祛除瘀滞,散寒止痛。所治病例采用刺血殷门、悬钟、腰俞、承扶而痊愈。

钟梅泉医案:钟氏认为梅花针对坐骨神经痛疗效尚好。患者在腰部及骶部有条索或结节并有压痛,患侧臀部及髂嵴部可摸到条索及压痛,沿坐骨神经通路的皮



区有明显压痛点。一般采取较重刺激手法。在阳性反应区及阳性物处采用重刺激。在压痛明显处皮区、或表浅毛细血管明显怒张处、可采用梅花针重刺出血.然后加火罐吸拔,能提高疗效。所治病例选用腰部、骶部、患侧臀部、环跳、殷门、委中、承山、重点叩打腰椎4～5两侧、骶部、坐骨神经通路皮区、压痛点、阳性物处治愈。

刘保延医案:刘氏认为运用火针治疗坐骨神经痛,简便易行,且行之有效,所治病例曾用毫针刺络等治疗不效,故选用陵后、丰隆、足三里、丘墟火针点刺后诸症消失。但须注意辨证明确原发病因,如为肿瘤、结核、腰椎间盘突出症引起,火针只为缓解病痛的辅助治疗手段,不可盲目运用。



第2章 妇科、儿科病证

第一节 月经不调

一、陈全新

热郁冲任，迫血先行型月经不调《陈全新针灸经验集》

李某，女，20岁，大学生。主诉：月经先期而至6个月。病史：患者6个月前开始出现月经先期而至，经来腹痛，伴神烦、头痛、周期为19～23d，每次持续4～6d。曾服用中药未效。现月经第2天，量多色鲜红，质黏稠，小腹阵痛，口苦口干，便结尿黄。检查：神志微烦，脸红，声高气粗，前经妇科检查：子宫大小正常，双侧附件增厚，压痛(++)。心肺正常，腹软，肝脾未能触及，肠鸣音稍亢进。舌红苔黄腻，脉滑。诊断：病为热郁冲任，迫血先行，属实热型。治疗：清热凉血调经。取穴：血海、曲池、三阴交。配穴：合谷、关元、肝俞、肾俞、膈俞交替选用。操作：合谷、血海、三阴交、曲池用泻法，关元用平补平泻。耳穴：肝、肾、膈，用磁珠压贴。2诊：经治后小腹痛改善，口苦口干减，便畅尿清。舌淡红苔薄黄，脉滑。治疗宗原意。3诊：神情清爽，气息调和，诉治后腹痛缓解，月经将尽。口中和，便畅尿清。舌淡红苔薄，脉滑。取阴陵泉、足三里、三阴交调理气血，再治3d巩固疗效。嘱平时少食燥热辛辣之品，调节情志。后随访5个月未复发。

二、田从豁

肝经郁热型月经不调(子宫肌瘤术后)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

张某，女性，34岁，1998年5月18日初诊。主诉：月经提前4～5d已5年。患



者1993年剖宫产时诊断为"子宫肌瘤"，当时即行"肌瘤切除术"，术后月经常提前4～5d，每次行经量较多，色暗，有时有血块，行经6d左右，有时伴经期少腹胀痛。平素两乳胀痛，经前及经期尤甚。末次月经4月30日。舌红，脉弦。两乳可及约鸭蛋大小肿块各一个。诊断：中医为月经不调（肝经郁热）；西医为子宫肌瘤术后。治则：疏肝解郁，调和冲任。治疗：毫针刺中极、归来、气海、三阴交、血海、曲池、膻中、乳腺肿块处围刺。每周3次。疗效：3诊后两乳胀痛减轻，5诊后乳房肿块开始缩小，10诊后两乳胀痛基本缓解，仅经前两乳微胀，15诊后，月经周期连续2次为28d，经量明显减少，治疗前每次月经需用卫生巾2包多（每包10片），治疗后每次月经用卫生巾约1包。血块基本消失。为巩固疗效要求患者继续坚持治疗1疗程。该患者月经提前4～5d，属月经不调中经早范畴。

三、郑魁山

寒客胞宫，经行受阻型月经不调《郑氏针灸全集》

徐某，女，27岁，教师。1943年夏天带学生游泳，后来出现月经周期推迟，最多时推迟15d，经色黑紫，有瘀块，量少，有时小腹冷痛，检查：腹软，小腹凉有压痛，面色无华，舌质淡，苔薄白，脉沉紧。证系寒湿侵袭，经行受阻，寒客胞宫，血源不足。采用散寒利湿，温经养血，培补冲任，暖宫镇痛之法治之。先针关元、三阴交，配天枢、气海用热补法，使热感传到小腹和下肢，留针30min，针治1次后小腹冷痛消失，以后每逢月经来潮前针治，每日1次，连续6次，治疗2个疗程，共针12次，月经周期恢复正常，症状消失，6个月后随访未复发。

【导读】

月经不调是指月经的周期、经期、经量异常的一类疾病。包括月经先期、月经后期、月经先后无定期、经期延长、月经过多、月经过少等。月经多与肾、肝、脾密切相关，肾气旺盛，肝脾调和，冲任脉盛，则经血按时而下。月经不调的病因病机，主要是七情所伤或外感六淫，或先天肾气不足，多产房劳，劳倦过度，使脏气受损，肾肝脾功能失常，气血失调，致冲任二脉损伤，发为月经不调。素体阳盛，过食辛辣，热伏冲任；或肝郁化火，热扰血海；或久病阴亏，阴虚内热，热扰冲任；或饮食不节，劳倦过度，思虑伤脾，因而统摄无权，冲任不固，而致月经先期。外感寒邪，血为寒凝；或久病伤阳，影响血运；或久病体虚，阴血亏损；或饮食劳倦，思虑伤脾，化源不足，而致月经后期。情志抑郁，疏泄失常；或肝气不疏，血为气滞；或肾气亏虚，失其封藏，冲任失调，以致血海蓄溢失常，使月经先后无定期。针灸有一定效果，多在经前5～7d开始治疗，连续5～7次，至下次月经来潮前再进行治疗。

陈全新医案：陈氏认为血为月经之物质基础，气为月经之运行的动力，气有余则为郁，为热。所治病例辨证为实热郁积冲任型月经不调，气血因热先期而至。治疗应以清热凉血，养阴调经为主。然妇人以血为本，以血为用，清火需兼顾养阴。



故取合谷、曲池以清热;血海、三阴交、关元以凉血,养阴调经之用。辨证用穴精当疾病痊愈。

田从豁医案:辨证为肝经郁热型月经不调,西医诊断为子宫肌瘤术后。因肝气郁滞,经脉不畅,故平素即两乳胀痛。肝郁化热,迫血先行则表现经早,经量较多。方用膻中、乳部肿块围刺以疏肝理气,调理肝经经气。取曲池泻热;选中极、气海、归来、血海调理气血调和冲任。由于辨证准确,取穴精少,所以该病例疗效满意。

郑魁山医案:表现为一派寒象,依此治疗采用温补之法,穴位选用关元温补元阴元阳、三阴交滋补肝肾,健脾养血,配天枢补益阳明经气血、气海补益元气,用热补手法治愈。因此郑氏认为辨证、穴位、手法三者结合是起效的关键。

第二节 闭 经

一、朱汝功

脾阳虚,冲任失调型闭经(闭经)《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

陈某,女,21岁,农民,1965年11月10日初诊。停经5个月。患者于1965年6月因劳动汗出口渴,多饮冷水,适值经期,以后即月经闭阻,8月份曾到卫生院治疗。注射黄体酮后月经虽来,但量极少。停用黄体酮,月经即未潮,要求针灸治疗。检查精神抑郁,面色萎黄,少腹胀痛,胃纳不香,大便溏薄,舌苔薄白根腻,脉来沉紧。证系临经饮冷,寒入胞宫,冲任失调,脾阳受损而致,拟健脾益气,调经通络为治。取穴:三阴交(双)、足三里(双)、血海(双)、归来(双)、气海、关元。手法:平针法,得气后留针15min。11月16日2诊,针治以来,胃纳较增,大便正常,小腹胀痛减轻,似有来经之意,守上方投治。取穴:三阴交(双)、足三里(双)、血海(双)、关元、气海、归来(双)。手法:同前。4诊:11月18日。昨天月经已行,小腹胀痛好转,患者精神愉快,嘱其下月至期未潮,再来针治。处方:①取穴:三阴交(双)、足三里(双)。②手法:同前。3个月后偶遇患者,询知月经已正期来潮。

二、钟梅泉

寒凝胞宫,阻滞冲任型闭经(闭经)《中国梅花针》

周某,22岁,学生,未婚,1961年9月13日初诊。患者5个月前正当月经来潮时,参加翻地劳动,随后月经一直未来。近月来自感腰酸痛、小腹隐痛不适,神倦乏力,心烦性急。胃纳尚可,大便干,小便如常。14岁初潮,周期30~35d,3~5d干净,量中等。脸色皖白欠华。检查脊柱两侧,胸椎5~10两侧可摸到条索及压痛,腰、骶部有泡状软性物。脉细稍弦,舌苔薄。证属寒凝胞宫,阻滞冲任。拟以温经散寒,调理冲任,化瘀通经为治。根据病证,选取胸椎5~12两侧、腰、骶部、下腹



部、带脉区、中脘、期门、阳性物处进治。采用梅花针治疗2次后，腰痛、小腹痛均减轻，白带增多，治疗6次后，月经来潮，量中等，色稍暗。随后改为脊柱两侧，重点叩打腰、骶部、下腹部、带脉区、大椎、足三里调治，继续巩固治疗1个疗程(15次)，精神好转，其他无不适感而停诊。随访观察3个月经周期，每次均按期来潮，色量正常，疗效巩固。

三、郑魁山

(一)脾胃虚弱，冲任失养型闭经(闭经)《郑氏针灸全集》

解某，女，25岁，未婚，学生。因6个月未来月经，1961年3月9日初诊。患者15岁月经初潮，一向规律，28d 1次，每次持续5d，量中等，色红有块，1959年冬开始不规则，20～45d 1次，量少，超前或错后不定。1960年8月30日末次月经后，即未回潮，至今已6个多月，最近1个月来头晕、腰酸、疲倦无力，胸闷气短，有少量白带。一般检查：苔薄白，脉沉细涩，体温36～36.5℃，营养中等，体重43.5kg，血压140/118mmHg(18.7/15.7kPa)，其他未见异常。妇科检查：宫体后倾偏左，激素中度低落，其他正常。化验：白细胞8×10^9/L，中性0.7，淋巴0.29，单核0.01，红细胞4.35×10^{12}/L，血红蛋白12.5g。中医辨证系饮食失调，损及脾胃，冲任失养，无血以行；采用健脾益胃、培补冲任之法治之。取气海、关元、气穴、三阴交、关元俞，用热补法，留针20min，每日针治1次，针治4次，患者感肠鸣腰酸、白带增多，又按上穴针治1次，月经于4月14日即回潮，因只来2d而量少，又按上穴继续针治5次，至4月23日，月经回潮即持续了5d，并且血量和颜色正常，舌苔薄白，脉缓稍细，因症状均已消失而停诊观察，经5～11月份复查、随访，月经正常，未发现症状。

(二)脾肾两虚，血海空虚型闭经(闭经)《郑氏针灸全集》

朱某，女，25岁，未婚，学生。因7个月未来月经，1961年3月9日初诊。患者12岁来月经，有时冬季不来，无其他症状。1960年8月月经来潮后，至今已7个月，始终未回潮，9月份出现全身酸困，近2个月来经常出汗，每夜盗汗，全身疲乏无力。检查：两颧红，发育良，营养中等，舌净无苔，舌尖稍红，唇干，爪甲枯，脉沉细无力，两侧地机和三阴交穴处有明显压痛，其他未见异常。妇科检查：子宫发育不良，后倾，其他正常。中医辨证系先天不足，饮食失调，脾肾两虚，血海空虚。采用健脾补肾、培源养血之法治之。取中脘、天枢、关元、三阴交、肾俞，用热补法，每日1次，针治4次，盗汗、疲乏等症减轻，即改用肾俞、关元俞、气海、关元、三阴交，治疗到12次，出现了烦躁腹痛，治疗到4月15日，针达14次时，月经回潮而停诊。经过5月复查和11月随访月经基本正常。

【导读】

闭经有原发、继发之分。原发性闭经指女子年龄超过16岁，无月经来潮。继



发性闭经指月经周期建立后，在正常绝经年龄前，月经停止来潮6个月以上者；或月经稀发者，按自身原来月经周期计算，停经3个周期以上者。古人又称“不月”、“经闭”、“月水不通”、“血闭”、“月闭”等。闭经病名首见于《素问》“二阳之病发心脾，有不得隐曲，女子不月”。本病的发病机制主要是冲任气血失调，导致冲任失调的原因有虚、实两个方面，若以虚实统之，主要责之于精血不足，血海亏虚，无血可下；或冲任胞脉被阻，经血不得下行两大类。虚有肾虚、脾虚、血虚；实有气滞血瘀、寒凝血瘀和痰湿阻滞。辨证重在辨明虚实或虚实夹杂的不同情况。治疗时，虚证者治以补肾、补脾、补血为主，以滋养经血之源；实证者治以行气活血，或温通经脉，或祛邪消滞，以疏通冲任经脉。本病虚证多见，实证少见，有时又为虚实夹杂，千万不要一味的化瘀通络，犯虚虚实实之戒。

朱汝功医案：因适值经期，多饮冷水后月经闭阻，为寒滞经脉，但从辨证来看患者精神抑郁，面色萎黄，少腹胀痛，胃纳不香，大便溏薄，舌苔薄白根腻，这些症状是脾虚的表现，所以本病例为虚实夹杂。虚为脾虚，实为寒滞经脉。治疗时采用通补结合的方法。取足三阴经之会三阴交，足阳明之合穴足三里以健脾益气；血海为足太阴脉气所发，意在引血归海（冲脉）；取归来以行气通经；关元为三阴经与任脉的交会穴，配合气海以益气调经，通补结合，经治月经来潮。

钟梅泉医案：钟氏指出梅花针是古代“毛刺”、“扬刺”和“半刺”的发展，从梅花针的检查诊断和叩打部位上来看与经络皮部密切相关，治疗妇科疾病取腰部、骶部、尾部、腹股沟、下腹部、髂嵴部、带脉区、阳性物处。重点叩打腰部、骶部、下腹部、带脉区、阳性物。主要在膀胱经、任脉、肾经、脾经、带脉等经脉皮部分3个层次寻找与治疗妇科病证密切相关阳性物，包括结节物、条索状物、泡状软性物和障碍阻力。先轻推，寻找浅层阳性物，再加力推动，寻找较深层阳性物，最后用力重推，寻找深部阳性物。一般泌尿生殖系疾病在腰椎和骶椎3～4两侧的阳性物和阳性反应最为多见和明显；尾椎两侧、腹股沟处也可触摸到阳性物或阳性反应。所治闭经病例为寒滞胞宫，冲任失调型。治疗原则是温经散寒，调理冲任，化瘀通经。钟氏选取胸椎5～12两侧、腰骶部、下腹部、带脉区，中脘，期门，阳性物处进行梅花针治疗。采用中脘、期门健运中焦，补益气血，以达到攻补结合的目的，疾病痊愈。

郑魁山医案：郑氏认为本病多因气血瘀滞，或血源枯竭所致。临床可分为虚、实两类，虚证又有脾胃虚弱和肝肾不足之别，实证主要为肝郁气滞。取穴以关元、气穴、三阴交为主，脾胃虚弱者加配中脘、天枢、章门用热补法以健脾养血，肝肾不足者配肝俞、肾俞、关元俞、膀胱俞、气海用热补法以补益肝肾。肝郁气滞者配肝俞、膈俞用平补平泻法以理气活血。郑氏运用本方法治疗闭经一般3～8次月经来潮。在治疗期间发现多数闭经患者三阴交、膀胱俞、气海、地机等穴处出现压痛点，常随月经的来潮而消失。所治病例辨证为脾肾两虚，血海空虚型闭经。采用健脾补肾、培源养血之法，取中脘、天枢、关元、三阴交、肾俞、关元俞、气海等穴用热补法



治愈。

第三节 崩 漏

一、张善忱

脾虚肝郁型崩漏(功能性子宫出血)《古今针灸医案医话荟萃》

李某,女,31岁,职工。自诉:平素身体尚健,17岁月经初潮后,经量常偏多,每次持续7～8d。今月经已持续2周,开始月经量较多,以后乃淋漓不断,并伴有倦怠无力,少气懒言,食欲不振,头晕眼花。检查:面色微黄,心烦不安,多梦,二便调,舌淡苔少,脉细数。经妇科诊断为功能性子宫出血,经服药物疗效不显,随即邀予诊治,观其脉证皆属虚象,因肝不藏血,而脾又失统摄,故经水淋漓不断,所属漏症。治以清热健脾而止血。乃针刺合谷以清热调气,刺阴陵泉以健脾调中,刺三阴交以滋阴养肝健脾而止血,每日一针。合谷针刺得气后令针感顺经传至膝腘部。首次针后症状如故,血量未减,惟觉体力稍增,再次针后血量即见显著减少而血色变成淡黄色,3针之后经血即止,他症亦除。病例经漏,乃由脾不统血,肝不藏血,致使月水淋漓不断,持续2周。由于日久,脾虚则面淡黄、肢倦矣,肝郁则心烦夜寐不宁。治取三阴交调健脾气,使统血有权以止漏,刺脾之合穴阴陵泉以健脾气。

二、郑魁山

脾虚不摄,冲任不固型崩漏《郑氏针灸全集》

刘某,女,34岁,小学教师。子宫出血,血量少但淋漓不止,内有血块,色淡红,每天50～80ml,头昏,腰酸痛,疲乏无力,已持续5个月。检查:腹软无压痛,舌质淡,苔薄白,脉沉细。证系素体脾虚,中气不足,统摄无权,冲任不固。采用健脾益气,固摄经血,培本固元,温补冲任之法治之。先针血海、隐白,配气海、关元用热补法,使热感传到小腹和足趾,留针30min,针后出血停止。每日1次,连续治疗6次未再出血,6个月后随访未复发。

三、王松荣

气虚血瘀型崩漏(功能性子宫出血)《中国当代针灸名家医案》

翟某,女,38岁,医师,1978年7月31日初诊。主诉:每值经期下血不止5年余。病史:患者5年前自产第2胎后,每值月经提前,时间持续20余天,前10d经过多,其势如崩,后10d经量减少,淋漓不尽,色紫或鲜红。先后经湖南医学院一附院、省妇幼保健院等确诊为功能性子宫出血。留住院及门诊服中西药物、刮宫、磁疗、针灸等治疗未愈。此次经潮2周,服中西药物、针灸治疗血仍未止,且逐渐增



多，色淡红，时有紫块，淋漓不断，小腹隐痛，喜按，腰疲，夜卧不安，气短懒言，胃纳差，大便初结后溏，小便多。检查：神疲倦怠，形体消瘦、面色㿠白，舌质淡，舌根紫，苔薄白，右脉沉细，左脉小弦，诊断：崩漏（功能性子宫出血），气虚血瘀型。治疗：益气固摄，活血化瘀，取穴：①组为百会、气海、三阴交。②组为中极、太溪、行间。③组为肾俞、阴陵泉。操作：以上3组穴，每日选1组穴，交替使用，10次为1个疗程。1个疗程结束后，休息5d再做下1疗程。行间穴采用泻法，其他穴均用提插与徐疾手法补之。百会、气海、中极加灸，气海、中极穴的针感要达到阴部。依上法经2个疗程后，自觉症状减轻，神疲腰酸，夜卧不安等症消失，经潮持续时间20d左右减至14d，但仍头几天暴下如注，后几天淋漓不净。脉细，左小弦，舌质淡红、苔薄白。按上法治疗5个疗程后，诸症状减轻，告知月经周期及出血量均正常，但尚感形寒乏力，诊其脉细，舌质淡红，苔薄白，仍按原方加膈俞，再针1疗程。嗣后几次好如常人。诸症尽愈，随访已月余情况良好。

四、李世珍

脾虚气陷，气血亏虚型崩漏《中国当代针灸名家医案》

王某，女，40岁，1985年9月初诊。主诉：经血淋漓不断4个月。病史：4个月前在行经期建房屋，操心劳倦过度，出现经血淋漓不断，血色淡而质稀。在当地区医院经妇产科检查，无明显器质性病变，服中药20余剂无明显疗效而来针灸科诊治。检查：面色苍白，气短懒言，神疲肢倦，面浮肢肿，纳呆，经血淋漓不断，经色淡而稀。舌质淡，苔白，脉细弱。诊断：崩漏，脾虚气陷，气血亏虚型。治疗：健脾益气，补气摄血。取穴：合谷（双）、三阴交（双）。操作：毫针刺法，补法。隔1～2d针治1次。2诊后漏下量减少，气短神疲症状减轻；4诊后出血已止，精神好，饮食增加，面浮肢肿明显减轻；5诊后痊愈。随访2年未发。

五、欧阳群

脾肾两虚型崩漏（子宫功能性出血）《中国当代针灸名家医案》

邱某，女，43岁，1986年5月12日初诊。主诉：月经延期，淋漓不断10年余。病史：10年前第5胎顺产，但失血较多，产后体重明显增加，月经延期，且经期每次持续10～12d，淋漓不断，量多色淡质稀，常头晕耳鸣，心悸气短，纳呆，视物不清，神疲倦怠。检查：身高158cm，身体肥胖，体重73kg，腹围103cm，血压105/75mmHg（14/10kPa），面色㿠白，舌淡嫩苔薄白，脉缓无力。基础体温偏低，雌激素水平偏低。诊断：崩漏（子宫功能性出血），脾肾两虚型。治疗：补肾固冲，健脾化湿。取穴：脾俞、肾俞、血海、足三里、三阴交、大椎、乳根、中极、太溪、隐白。操作：补虚泻实捻转手法，加温和灸三阴交、隐白，留针感而不留针，每日1次，15次为1疗程。治3个疗程后，经血量减少，体重降4kg，腰围减6cm，共治12疗程痊愈，追



踪随访 8 年未复发。

六、钟梅泉

崩漏(功能性子宫出血)《中国当代针灸名家医案》

李某,18 岁,学生,1979 年 7 月初诊。主诉:经期紊乱、量多 6 个月。病史:患者 13 岁初潮。初期经期尚准。1976 年 1 月开始月经不正常,每月来 2 次,每次历时 6～7d,量多,有血块,有时小腹痛。曾在北京某医院妇科检查,诊断为功能性子宫出血。服中药及单验方治疗 3 个月未收效。平素胃脘隐痛不适,纳谷欠佳,大便干,小便如常,性情急躁,口干发苦。此次因 7 月 6 日来经 1 次,历时 6d,7 月 19 日再次来月经,至 26 日血止,前来就诊。检查:脸色黄白欠华,倦怠乏力。脊柱两侧检查:腰、骶部两侧触摸到条索、疱状软性物,髂嵴部有条索和压痛,三阴交有压痛。舌淡嫩胖,苔薄,脉细稍弦。诊断:崩漏(功能性子宫出血),冲任失调型。治疗:调摄冲任,健脾疏肝。取穴:腰部、骶部、带脉区、腹股沟。配穴:中脘、三阴交、肝俞。操作:梅花针叩打。治疗 12 次。历时 28d 月经来潮,量中等,无腹痛,6d 干净。随后又调经治疗 15 次,追踪观察 3 年 5 个月,月经正常,疗效巩固。

七、黄宗勗

肝血不足,脾虚失摄型崩漏(功能性子宫出血)《中国当代针灸名家医案》

吴某,女,32 岁,工人,1964 年 7 月 10 日初诊。主诉:月经量多 10 余年。病史:15 岁月经初潮后,经量素常偏多,每次持续 8～9d。最近数年来每次均持续 2 周多,开始经量如崩,并有血块,1 周后则淋漓不断。伴有神疲乏力,食欲不振,头晕目眩,屡治未效,前来诊治。检查:面色萎黄,倦怠无力,少气懒言,现月经已来潮 2d,小腹隐痛,舌淡,苔薄,脉细。请妇科检查无异常病变。诊断:崩漏(功能性子宫出血)。治法:滋阴养肝,健脾止血。取穴:关元、三阴交、隐白、断红。操作:每日针灸 1 次,用补法,留针 30min。针后加艾条灸 10min。隐白单灸不针,断红单针不灸。经初诊针灸后 20min,血量即减少,仍守前法针灸 3 次,经血停止。如此治疗 20 次,下次月经来潮时经量基本正常。

八、黎文献

脾气亏虚型崩漏(功能性子宫出血)《中国当代针灸名家医案》

张某,女,20 岁,未婚,1963 年 7 月 6 日初诊。主诉:月经持续量多 10d。病史:身体素虚,16 岁月经初潮后,每次持续 7～8d,本次月经已持续 10d 不止,并伴有四肢乏力,气短,心慌,食欲不振,头晕眼花等症状。检查:面色苍白,精神萎靡,舌淡苔少,脉细数。诊断:崩漏(功能性子宫出血),脾气亏虚型。治疗:健脾止血。取穴:隐白(双)。操作:直接艾灸 7 壮,灸 2 次而痊愈。

【导读】

月经非时而下，量多如注，或淋漓不净者称为"崩漏"。其突然大量出血者称为"崩中"，日久淋漓不断则称为"漏下"。两者虽出血状况不同，但其在疾病发生过程中可以互相转化，即崩中日久，气血耗伤，渐成漏下；久漏不止，病势日进，可转成崩证，所以临床上常崩漏并称。崩漏从月经初潮至绝经前后都可发生，属妇科疑难证、重证。发作时经常出现血暴下如注，致使气血俱虚，若治疗失时，易致气血厥脱，则病情危重。西医学功能失调性子宫出血属于本病范畴。崩漏病名首见于《黄帝内经》，此后张仲景在《金匮要略》中提出"漏下"、"崩中下血"。《诸病源候论》认为崩中之病是因"冲任之气虚损，不能制其经脉，故血非时而下"所致。《女科证治约旨》曰："崩中者，势急症危，漏下者，势缓症重，其实皆属危重之候"。

上述各医家均认为崩漏的病因病机，主要是血热、肾虚、脾虚、血瘀等造成冲任损伤，不能制约经血，导致月经非时妄行。崩漏虽有不同的病机，但由于损血耗气，日久均可转化为气血俱虚，或气阴两虚，或阴阳俱虚。无论病起何脏，"四脏相移，必归脾肾"，"五脏之伤，穷必及肾"，最终导致肾脏受病。也有崩漏久不愈而复感邪气，或久漏致瘀，虚实夹杂，反复难愈。可见崩漏的发病机制复杂，常是因果相干，气血同病，多脏受累，一般地说，青春期患者多属先天肾气不足，冲任未充；育龄期患者多属血热，冲任受损；绝经期患者多因肝肾亏损或脾气虚弱，冲任不固。由于崩漏发病缓急不同，出血的新久各异，治疗崩漏尚须本着"急则治其标，缓则治其本"的原则，灵活掌握塞流、澄源、复旧三法。塞流：即是止血，是治疗崩漏的紧急措施。暴崩之际，急当止血防脱。血竭气脱的危重证候，故塞流是崩漏治疗的第一步。澄源：即正本清源，辨证求因，审因论治，是治疗崩漏的重要阶段。一般用止血穴位后，根据不同的病因病机辨证论治，运用清热、补肾、滋肾、益气、健脾、祛瘀等法。复旧：即固本善后，血止后当以调理月经周期为治本之法。治崩漏三法不可截然分割，塞流需澄源，澄源当固本。治崩宜升提固涩，治漏宜养血理气。青春期患者，重在补益肾气，固摄冲任；育龄期患者重在疏肝养肝，调理冲任；绝经前后期患者重在滋肾扶脾，调摄冲任。本病的发生与脾、肝、肾三脏关系密切，尤其是脾脏。故选穴多以脾经穴位为主，如三阴交、阴陵泉、隐白等穴治疗。

张善忱医案：乃由脾不统血，肝不藏血所致崩漏。脾虚日久则面黄肢倦，肝郁则心烦夜寐不宁。治取三阴交滋阴养肝健脾而止血，脾之合穴阴陵泉以健脾调中，合谷以清热调气，合谷针刺得气后须令针感顺经传至膝腘部。每日 1 针，3 针之后经血即止，他症亦除。

郑魁山医案：辨证为脾虚不摄，冲任不固型崩漏。其症见：子宫出血量少但淋漓不止，内有血块，色淡红，头昏，腰酸痛，疲乏无力，舌质淡，苔薄白，脉沉细。所选血海以健脾调经止血，隐白系脾经之井穴，脾为统血之脏，脾失健运，统摄无权，则血不归经，经水过期不止，甚或崩漏，常以隐白为主穴，配气海、关元以益气固本，调

补冲任，固摄经血，并用热补法，使热感传到小腹和足趾，治疗6次后愈。

王松荣医案：王氏认为崩漏在发病过程中，常互相转化，如崩血渐少，可能致漏，漏势发展，可能致崩。该例患者乃崩漏之证俱兼，其因系由素体脾虚，中气不足，统摄无权，冲任不固，气虚日久，渐至血运不畅，导致血瘀，故可见时崩、时漏，血下色淡有块。治宜益气固摄、活血化瘀为主。取百会以固下元，取气海、三阴交以健脾补气统摄血运。取肾俞、中极、太溪以培本固元，收摄经血，取行间以活血化瘀，约束经血妄行。诸穴合用，共收佳效。

李世珍医案：辨证为脾虚气陷，统摄无权，造成漏下。漏下日久，更损气血，则脾虚益重。妇女以血为本，月经、胎孕、产育、哺乳，都是以血为用，而在经、孕、产、乳期间又易于耗血，致使机体常处于血分不足、气分失助的状态。所以，调理气血在妇科病的治疗中具有重要意义。而针补合谷、三阴交，可收补气摄血，养血调经之效。不仅漏下治愈，伴见的气血亏虚症状，亦随之治愈。

欧阳群医案：生育多胎，阴血耗损，肾气匮乏，冲任亏损，固摄失权，血不归经，经血淋漓不断，治宜补肾固冲，健脾化湿。取脾俞、足三里、三阴交，以健脾统血，补养后天为本；取肾俞、太溪以养肾固冲。取中极、水分以调理冲任之气，加强固摄止血之功；取大椎穴旨在壮阳气，摄气血。数穴合用，共奏益脾肾、固冲任、止血崩之功。

钟梅泉医案：钟氏认为崩漏主要是任冲受损、脾不摄血，肝不藏血，肾失封藏所致，该病在脊柱两侧及体表有特殊反应，在胸椎9～11两侧、腰、骶部两侧可摸到条索、结节和泡状软性物、髂嵴部有条索及压痛、小腿内侧(三阴交)有明显压痛。钟氏应用梅花针治疗崩漏常分期按步骤论治，均收到较好疗效。其方法下：①出血期，不论是崩还是漏，治疗均以养血止血，调理冲任，兼治肝脾为原则。治疗选用腰部、骶部及该部位小的阳性物处、带脉区、下颌三角区、小腿内侧、百会、三阴交、足三里(此期不叩刺腹股沟和下腹部)。②调理期，出血停止后以调理任冲，滋肾平肝，补中益气健脾和胃为主。治疗部位选用脊柱两侧、下腹部、腹股沟、带脉区、小腿内侧、中脘、期门、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞。重点叩打胸椎7～12两侧，腰部、骶部以及该部位小的阳性物处，带脉区。③随症加减，症见腰部、少腹痛者重点叩打腰部、下腹部、三阴交；胃纳差，便溏腹胀者重点叩打胸椎5～12两侧、腰部、上腹部、中脘、足三里；头晕、头痛、目眩者重点叩打腰部、头部、太阳、风池、内关、三阴交；气虚，脸色㿠白不华，神倦乏力者重点叩打腰部、骶部、大椎、中脘、足三里。所治病例采用调摄冲任，健脾疏肝法，取腰骶部、带脉区、腹股沟。配穴，中脘、三阴交、肝俞梅花针叩打治愈。

黄宗勗医案：黄氏认为功能性子宫出血属于中医崩漏范畴，崩和漏可互相转化。主要由于冲任损伤，不能固摄经血所致。治疗取关元，调补冲脉、任脉之气，以加强固摄，约制经血妄行，三阴交滋阴养肝，补脾统血，为治疗妇科疾病的要穴，隐



白用治崩漏效果良好；断红是黄氏治崩漏的经验穴，位于第2、3掌骨之间，掌指关节前下1寸处，有减少出血的作用。

黎文献医案：黎氏认为崩漏是脾气亏虚，清阳下陷，统摄无权，冲任不固所致。所治病例身体素虚，中气不足。故采用隐白穴治疗，隐白乃脾经井穴，井为经气发源之地，以艾灸之则可温通经络，补中益气，使脾的统血职能得以恢复，从而达到固崩止漏的目的。

第四节 痛 经

一、华延龄

阴寒凝滞冲任型痛经《古今针灸医案医话荟萃》

李某，女，15岁，1965年9月23日急诊。昨夜月经来临，量少色暗，小腹隐痛。今晨起小腹剧痛，喜热喜按，痛苦颜面，其色㿠白，四肢欠温，畏寒。脉弦细带紧，苔薄白。证系阴寒凝滞冲任，治拟温壮督阳，以消冲任阴寒，取从阳治阴之理。取穴：哑门、风府、下脑户、风池（双）。操作：银温针灸7壮。即时收效，腹痛缓解，四肢转温。

二、刘保延

气滞血瘀，寒湿凝滞型痛经《火针》

祝某，女，27岁。痛经5年余。患者于5年前因生气后始出现痛经，且症状逐渐加重，曾经多方治疗，病情时好时坏。现症：经行腹痛，为绞痛，不能自持，痛甚则晕厥，月经量较少，色黑，夹有血块，下腹及腰骶有空坠感，喜暖怕凉，伴有头晕，头痛，乳房胀痛，善太息，舌淡红苔白微腻，脉弦滑。辨证：痛经，气滞血瘀，寒湿凝滞。治疗毫针火针并用。毫针取穴：列缺、内关、公孙、太冲、三阴交、血海。选用中号火针速刺中极、关元、次髎。治疗1次后腹痛即消失，连治1疗程，以后每于经前治疗5次，连续治疗3个月，诸症消失，临床治愈。

三、朱汝功

肝郁气滞，血瘀阻络型痛经《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

郁某，19岁，学生，1966年1月5日初诊。每次经临，小腹疼痛难忍6年。13岁初次行经小腹微感疼痛，以后每次经来（一般月经延期），小腹胀痛，痛势逐年增加，经色紫黯，有瘀块。近3年来左乳发现一结块（如梅核大），经来前1d，小腹胀痛，乳下结块亦痛，经净时腹痛、块痛均消。昨日经期未至，腹痛又作，来诊时侧身倦卧，胸闷纳呆，四肢酸痛，37.6℃，脉细数弱，舌苔薄腻尖红。肝郁则气滞，故乳房

结块作胀，气滞则血瘀，不通而痛，故经前小腹疼痛，经色紫黯而有瘀块，拟行气通经、活血止痛为治。处方：取穴：①三阴交（双）、血海（双）、平针法；得气后，三阴交捻转1～2min；留针15min。②关元，平针法，得气后不留针。1月6日2诊，昨天针后，小腹疼痛已止，今天低热亦退，尚感四肢酸软，守上方加减。取穴：三阴交（双）、太冲（双）、合谷（双）、手三里（双）、足三里（双）。手法：平针法，得气后留针15min。经净后，按上方又针治2次，诸恙消失。

四、钟梅泉

（一）肝郁气滞，冲任失调型痛经《中国梅花针》

贺某，女，18岁，未婚，1966年1月15日初诊。每当月经来潮，小腹痛，腰疼痛，持续3～4d。服止痛片无效，常需卧床休息数天，月经后，症状消失，历时已1.5年。14岁初潮，24～26/4～5d，量中等，白带较多，性情急躁易怒，胃纳尚佳，二便如常。昨日来潮，下腹仍痛来就诊。检查：一般情况尚可，脸色黄白欠华。胸椎7～10两侧有条索、腰椎2至骶椎1～2两侧有条索和疱状软性物。脉细稍弦，苔薄中腻。证属肝郁气滞，冲任失调而致痛经，拟以疏肝理气，化瘀止痛为治。根据病证，当即采用梅花针重刺腰部、三阴交和期门。针刺毕，下腹痛即消失。随后加骶部、下腹部、小腿内侧、带脉区、中脘、大椎，连续治疗7次，停诊休息，时隔28d后，月经来潮，疼痛消失，量中等，历时6d净。再拟以胸椎7～10两侧，重点叩打腰骶部、下腹部、三阴交、关元，调理治疗5次停诊。以后追踪观察1年8个月，疗效巩固。

（二）气血虚弱，胞脉失养型痛经《中国梅花针》

魏某，女，34岁，已婚，干部，1986年10月4日初诊。月经来潮，下腹疼痛，腰酸，头晕，神乏已21年。10年来痛经症状加重，每次来经均要卧床休息数天。经几家医院诊治均未收效。13岁初潮，25～26/7～8d，量中等，质稀，色发紫，白带较多，胃纳欠佳，大便时稀、性急心烦。检查：脸色㿠白无华，胸椎5～12两侧有条索并有压痛，腰椎两侧可摸到泡状软性物，髂嵴部有结节。脉沉细，苔薄质淡。证属久病体虚，气血虚弱，胞脉失养。拟以补益气血，调理止痛为治。根据病证，采用梅花针叩打腰骶部、腹部、腹股沟、带脉区、阳性物处、大椎。经治疗10次后，月经来潮，下腹痛减轻，没有卧床休息，照常工作；经治疗21次后，月经来潮，只有轻微下腹痛，无头晕。再拟以胸椎5～12两侧、下腹部、带脉区、中脘、关元、期门，重点叩打腰、骶部，巩固调理1疗程后停诊。随访观察9个月，经期正常，亦无痛经。

五、田从豁

寒凝瘀血，冲任不调型痛经（子宫腺肌症术后）《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

梁某，女性。34岁，已婚，1998年5月4日初诊。主诉经期腹痛20余年，加重



6年来诊，患者13岁月经初期，经期第1天腹痛，睡眠后可以缓解。25岁结婚，婚后2年未孕，因有痛经史，即前往北京市各大医院就诊，1991年，1992年先后两次于北大医院行宫腔镜检查，发现子宫均匀增大，此后腹痛加剧。1995年于协和医院诊断为"子宫腺肌症"。并行子宫楔形切除术，手术过程顺利，术后行GNRH(促性腺激素激动剂)注射治疗，每月1针，持续使用6个月，停药100d后月经来潮，经期腹痛未减反剧。就诊时患者诉：经期头1～3d剧烈腹痛，以右侧小腹为甚，疼痛呈拘紧感。喜温拒按，伴恶心，欲吐，腰骶酸痛，经血中有明显血块，色紫暗，量少，经期头1～3d不能上班，重时4～5d不能工作，常口服布洛芬止痛。曾用中药、按摩等疗法治疗，均未取得明显疗效。因从因特网得到田从豁教授的有关经验介绍，故抱着试试看的心理前来就诊，患者13岁初潮，月经周期40d左右，每次行8d，末次月经1998年3月28日。诊断：中医为痛经(寒凝瘀血)；西医为子宫腺肌症术后。初诊针刺中极、子宫、血海、三阴交、足三里，留针30min，并加神灯于小腹部熏烤。即5月6日2诊，患者诉有轻微头晕、心慌，取穴加百会毫针刺。即5月8日3诊，患者诉月经来潮，觉小腹疼痛较治疗前明显好转，自服1片索米痛片后照常上班。5月11日4诊，月经第4天，腹痛基本缓解。患者诉本次经期疼痛明显减轻。头3d仅服1片止痛片疼痛即可缓解，可坚持日常工作，未出现过恶心、呕吐等症状。治疗在原方的基础上加肾俞、命门、白环俞，并加隔姜灸关元。此后患者坚持治疗3周，每周治疗3次，至6月5日，月经再潮，此次月经期未出现剧烈腹痛，仅觉腰腹不适，小腹部喜温恶寒伴轻微头晕，周身乏力。因经期腹痛明显缓解能够坚持日常工作，故停止治疗。患者腹痛剧烈，拒按，当属实证。疼痛伴拘紧感，并且喜温恶寒，从病邪的属性上看属寒。另经血中有血块，经血色暗，提示还有瘀象。纵观其病证当属寒凝血瘀，冲任不调。因此治疗应温经散寒、活血化瘀为主。方中选中极、子宫两穴调理冲任气血，血海、足三里、三阴交调理全身气血。红外线烤灯及隔姜灸是温经散寒的一种措施。疼痛缓解后加肾俞、命门、白环俞用以补肾调理先天之本，这从中体现出"急则治其标，缓则治其本"的治则。

六、张涛清

(一)气滞血瘀型痛经《张涛清针灸治验选》

王某，女，20岁，未婚。主诉：每逢月经来潮前2～3d，心烦易怒，两乳房胀痛，小腹剧痛，两大腿根部疼痛如劈，严重时辗转呻吟，冷汗淋漓，直至月经后3～4d疼痛方逐渐减轻，行经量少，经色紫红夹有血块，经行不畅，每次经期卧床不起6～7d，曾经多方治疗未效，请求针灸治疗。检查：小腹胀痛拒按，舌质有瘀点，脉弦紧。诊断为痛经，辨为气滞血瘀。取穴：中极、次髎、17椎下、太冲、合谷、三阴交。手法：合谷(补)、三阴交(泻)，其余穴进针得气后行平补平泻手法，留针30min，疼痛即解除，次日又针1次，嘱下次月经来潮前2～3d再针治1次，患者按约定时间又

针刺2次，痛经治愈，5年后相遇，疗效巩固，再未复发。

(二)寒湿凝滞型痛经《张涛清针灸治验选》

安某，女，20岁，未婚。主诉：每经行前小腹剧痛如绞，痛2d后经行。色紫黑如豆汁，有血块，伴有腰痛，乏力，纳谷不馨。经妇科检查，诊断为痛经，历经中西药物治疗未效。求针灸治疗。检查：小腹冷痛，手足不温，苔白腻，脉沉紧。诊断为痛经，辨为寒湿凝滞。取穴：中极、次髎、17椎下、地机、足三里。手法：进针得气后，行平补平泻手法，留针30min，间歇期行针2～3次。起针后用艾条温和灸3～5min。针灸1次痛止病愈。嘱下次月经来潮前2～3d再针治1次。患者按约定时间，又针刺2次。痛经治愈，再未复发。

七、郑魁山

虚寒型痛经《郑氏针灸全集》

徐某，女，22岁，农民。18岁时行经期下地劳动，遭到雨淋，以后，每逢月经来潮时小腹剧痛，已持续4年。治疗时已行经5d，每日小腹仍剧痛4～5次，每次持续30～50min，月经量少色淡。检查：小腹凉，喜暖、喜按，面色无华，舌质淡，苔薄白，脉沉细。证系体质素虚，经期受寒，客于胞宫，经行不畅。采用祛寒暖宫，调补冲任，益气养血，温经止痛之法治之。先针关元、三阴交，配气海、归来、血海用热补法，使热感传到小腹和下肢，留针30min，针后小腹痛消失，以后每次月经来潮时针治，每日1次，连续3次，治疗3个月，共针10次，6个月后随访痛经未复发。

【导读】

凡在经期或行经前后，出现周期性小腹疼痛，或痛引腰骶，甚则剧痛昏厥者，称为“痛经”，亦称“经行腹痛”。痛经又分原发性痛经和继发性痛经，前者生殖器官无器质性病变，后者系指盆腔器质性疾病如子宫内膜异位症、盆腔炎或宫颈狭窄引起的痛经，原发性痛经以青年女性多见。本病首见于《金匮要略》。痛经的发病有先天禀赋不足、情志所伤、起居不慎或六淫等不同病因，并与行经前后冲任、胞宫的特殊生理环境变化密切相关。经前气血下注冲任，胞宫藏而不泄，冲任气血充盛，胞宫内实。若因气滞血瘀、寒湿、寒邪、湿热等病邪内客，冲任、胞宫壅盛之气血碍而不畅，“不通则痛”，故痛经发作。及至血海满溢，胞宫泻而不藏，经血外泄，胞宫、冲任二脉气血疏通，“通则不痛”，痛经得以缓解。若邪气仍在，下次经前，冲任、胞宫再次蓄聚精血以备行经之时，病邪再度作祟，阻遏气血运行，痛经再度发作。如此循环往复，形成了伴随月经来潮发生的周期性小腹疼痛。这种情况导致的痛经属实。若因先天肾气不足、后天肝肾虚损或气血虚弱者，每于经血下泄，重伤气血之时，气血、肝血肾精更加不足，胞宫、冲任失于濡养，“不荣而痛”，故经行之后，痛经发作，倘气血、肝肾虚损未能恢复，至下一次行经之后，痛经又再发生。这种情况导致的痛经属虚。依据虚实不同，分别采用补虚泻实的治疗原则，以调冲任气血为



主，或行气，或活血，或散寒，或清热，或补虚，或泻实。治疗时又分标本，月经期调血止痛治其标，平时辨证求因治其本。

从各位医家治疗痛经病证的情况来看，可谓百家争鸣，方法各异，治疗方法涉及火针、梅花针、项针、毫针、灸法，可见针灸治疗痛经方法之多、疗效之好。

华延龄医案：华氏认为采用项丛刺法、银温针温壮督阳法治疗痛经也有独特疗效，所治病例辨证为阴寒凝滞冲任型痛经，患者阳气虚微，阴寒内盛，经水难以畅流，故采用温壮督阳法，消冲任之阴寒，依阳治阴之理，取用项部哑门、风府、下脑户、风池等穴，施以银温针灸7壮，即时收效，病自愈矣。（银温针温壮督阳法、项丛刺法详见眩晕章节）

刘保延医案：刘氏认为各种疗法治疗痛经均有一定疗效，但火针治疗痛经具有针刺、艾灸的双重优势，行温通、温补之功，且火针具有操作简便，易于收效的特点，所治病例辨证为气滞血瘀，寒湿凝滞型痛经。治疗毫针火针并用。取列缺、内关、公孙、太冲、三阴交、血海毫针刺。取中极、关元、次髎选用中号火针速刺，连续治疗3个月，诸症消失，临床治愈。中粗火针是点刺火针的主要针具，针体直径0.8mm。临床应用范围广泛，除面部及肌肉菲薄的部位外，其他各部均可施用中粗火针，包括四肢、躯干，所有的压痛点和病灶周围。

钟梅泉医案：钟氏采用梅花针治疗痛经，标本缓急结合，疗效显著，所治病例①辨证为肝郁气滞，冲任失调型痛经。病例②辨证为气血虚弱，胞脉失养型痛经，发作时均采用梅花针重刺腰部、三阴交和期门治其标，下腹痛随即消失。后加骶部、下腹部、小腿内侧、带脉区、中脘、大椎治其本，后痛经未作。再以胸椎7～10两侧、重点叩打腰骶部、下腹部、三阴交、关元调理治疗，疗效巩固。钟氏治疗过程中注重探找阳性反应物，针对阳性反应物所在区域进行重点治疗，两证型均在腰部和骶部有阳性反应物，不同的是肝气郁结证型阳性反应物在胸椎7～10两侧，气血虚弱的阳性反应物在胸椎5～12两侧有条索并有压痛，这与肝、胆俞在胸9,10节段，脾胃俞在胸椎11,12节段非常吻合，可见脏腑疾病必然会在相应的背俞穴有所反应。两病例同时取用大椎穴，可见刺激督脉大椎从可温补阳气，达到气帅血行的目的。

张涛清医案：张氏指出针灸治疗痛经，有镇痛通经之效，疗效比较理想。原发性痛经在临床上常有针到病除之效。对继发性痛经，应查明继发于何种原因而痛经，应审证求因。张氏所治病例①辨证为气滞血瘀型痛经，病例②辨证为寒湿凝滞型痛经，治疗均以中极、次髎、17椎为主穴，配三阴交、足三里、气海、关元、中极、曲骨、天枢、腹结、肾俞、次髎、中髎、合谷等穴及痛区。针刺后艾卷温和灸而愈。张氏认为针灸治疗痛经尽量在月经来潮或来潮前1、2日腰酸胀痛时，在下次月经来潮时或来潮前再针灸1～2次，以巩固疗效。所用17椎为经外奇穴，位于腰部，当后正中线上，第5腰椎棘突下。

郑魁山医案：辨证为虚寒型痛经，郑氏采用祛寒暖宫，调补冲任，益气养血，温

经止痛法治之。先针关元、三阴交，配气海、归来、血海用热补法，(具体操作见不孕不育章)使热感传到小腹和下肢，针后小腹痛消失，以后每次月经来潮时针治，治疗3个月，痛经未复发。

第五节 带 下

一、王执中

赤白带《针灸资生经》

有来觅赤白带药者，予并以镇灵丹与之。镇灵丹能活血温中故也，以其神效，故书于此，但有孕不可服尔。若灸带脉穴，尤奇于此丹也。有妇人患赤白带，林亲得予针灸，经初为灸气海穴未效，次日，为灸带脉穴，有鬼附患身云：昨日灸亦好，只灸我未着，今灸着我，我今去矣，可为酒食祭我。其家如其言祭之，其病如失，此实事也。予初怪其事，因思晋景公膏肓之病，盖有二鬼焉。以其虚劳甚矣，鬼得乘虚而居之。今此妇人之疾，说有鬼者，岂其用心而虚损，故有此疾。鬼亦乘虚居之，灸即著穴，其鬼不得不去，虽不祭之可也。自此有来觅灸者，必为之按此穴，莫不应手酸疼，予知是正穴也。令归灸之，无不有愈，其穴在两胁季肋之下1寸8分。有此疾者，即速灸之。妇人患此疾而丧生者甚多，切不可忽。若更灸百会尤佳，此疾多因用心使然故也。

二、郑魁山

脾虚湿聚，任带失约型带下《郑氏针灸全集》

王某，女，38岁，工人。2年前生育满月后，阴道出现白带，开始时量少，后来量逐渐增多，连绵不绝，色白，饮食减少，大便溏泻，精神疲倦，四肢无力。检查：腰骶部关元俞、上髎、次髎穴处有压痛，手足皮温低，舌质淡、苔薄白，脉缓。证系脾虚不运，水湿内停，胞脉不固，任带失约。采用健脾益气，调理任带，固摄胞脉，利湿止带之法治之。先针带脉、三阴交，配气海、关元、上髎、阴陵泉用热补法，使热感传到腰骶、小腹和足趾，留针20min，每日1次，针治3次，白带减少，改为隔日1次，针治34次，症状消失。1年后随访未复发。

三、钟梅泉

气血不足，冲任失调型带下(慢性盆腔炎)《中国梅花针》

凌某，女，38岁，干部，1959年5月25日初诊。小腹胀痛、腰酸痛已5年。白带多，味臭，头昏，神倦乏力，梦多，纳谷欠佳，形瘦。经北京某医院妇科检查：宫颈Ⅱ级糜烂，右侧下腹部可触及指头粗肿物，压痛(卌)。诊断为慢性盆腔炎。曾用中



西医多法治疗均未收效。在胸椎5～10两侧有条索和压痛，腰、骶有结节和泡状软性物，腰骶部叩诊呈空音。脉细弱，苔薄。证属病久正虚，脏腑虚损，冲任失调。拟以益气养血，调理冲任为治。根据病证，选取胸、腰部、下腹部、重点叩打腰、骶部、腹股沟、带脉区、中脘、大椎、足三里、三阴交、关元、阳性物处进治，采用梅花针治疗3次后，小腹痛和腰痛均减轻，白带减少；治疗7次后，上症消失，精神好转；治疗25次后，患者回某医院妇科复查："子宫颈无糜烂，右下腹粗大肿物已消失，无压痛"。共治疗36次，诸症消失，无不适感而停诊。随访2年2个月疗效巩固，未复发。

四、邱茂良

(一)湿热郁结，任带失约型带下(附件炎)《中国百年百名中医临床家丛书・邱茂良》

汪某，女，32岁，教师。因结婚后10年不孕，腹痛，白带量多而来诊。患者经妇科检查，诊断为两侧附件炎，临床症状为小腹部疼痛拒按，腰骶部酸痛。白带增多，有时色黄、质黏、有秽臭。小便频数，色黄，月经超前量多色红，常感五心躁热，夜寐不安，舌质红，苔黄腻，根部尤甚，脉滑数。脉症合参，证属湿热郁结下焦，阻于任带二脉，故多带下，气血壅滞，故见癥瘕腹痛。拟先治理下焦湿热，调理任带奇经为法。取穴：①气海、中极、带脉、水道、阴陵泉、太冲；②三焦俞、次髎、蠡沟、三阴交、行间等。旨在清利湿热，调理奇经。每日1次，连治1疗程(10次)，带下减少，小便较畅，腹痛亦减，惟仍五心烦热，夜间多梦，口干，湿热久留，伤及肝肾之阴所致，原法中应参调理肝肾，扶正祛邪。取穴：肝俞、肾俞、关元、三阴交等以补肝肾；大赫、阴陵泉、足三里以清下焦湿热，神门、太溪以安心神而治烦热。连续治疗，带下减少，腹痛渐除，诸症均见好转，共计治疗3个月。5个月后，已经怀孕。

(二)寒湿停滞，脾肾阳虚型带下(附件炎)《中国百年百名中医临床家丛书・邱茂良》

张某，女，34岁，军人。患者于22岁结婚翌年即生一子，以后9年不孕，要求治疗。询问患者，知多年带下不断，质清稀而无腥臭，小便多而色清，小腹有冷感，并腹胀不适，得热较舒，形寒畏冷，月经多后期而来，大便易溏。妇科检查诊断为两侧附件炎。舌淡苔白腻，脉细弦。证属寒湿久留，伤及脾肾之阳所致。治先温经散寒，化湿止带。取穴：①关元、归来、大赫。针后加灸，温化下焦寒湿，化湿止带；②地机、中膂俞、三阴交等，扶脾止带。用平补平泻法，每日1次。连续治疗10次，白带减少，畏寒已少，腹痛不甚。前方有效，不宜更法。原法中加肾俞、脾俞、足三里、阴谷等穴，针外加灸。以调补脾肾，此方加减出入，连治3个月，诸症悉愈。

(三)肝热脾湿型带下《中国百年百名中医临床家丛书・邱茂良》

陈某，女，32岁，教师，1974年11月24日来诊。带下10年。带下量较多。初起白色无味。近2年来逐渐加重，色黄如脓，味腥臭，伴阴部瘙痒，腰背酸痛，口干

纳呆，神疲乏力，手足心热，大便干，小便赤，每行经前，诸症加重，经行腹痛，色黑有块。舌苔薄黄，脉沉数。证属肝热脾湿之带下，治拟疏肝健脾，清热利湿。取穴：阴陵泉、带脉、白环俞、蠡沟、太冲。上穴均以毫针刺，行提插捻转泻法，每次留针30min，每5min行针1次。连续施术治疗5次后，带下及臭味减少，腰酸减轻。依上法继续治疗5次后，诸症悉除，停止治疗而告愈。

（四）脾虚肝郁型带下《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

缪某，女，30岁，干部，1980年10月27日来诊。带下3年余，色白清稀，连绵不断，量多，口淡，食少腹胀，便溏，体倦乏力，易怒。近6个月来，诸症加重。来门诊求治。观其面色萎黄，形容猥琐，气短而语促。舌质淡，苔薄白，脉沉缓。证属脾虚肝郁，湿盛带下。治当健脾止带，佐以疏肝。取穴：阴陵泉、带脉。上穴均施以提插捻转补法。每次留针30min，每5min行针1次。经连续治疗10次后，诸症悉愈。

（五）脾虚失运、带脉失约型带下（慢性盆腔炎）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

沙某，女，31岁，职员，1988年3月11日来诊。带下2年余，加重4个月。带下色黄，或黄白相间，量多，已2年余。近4个月来，诸症加重，下身常湿，观之如涕如唾，连绵不断，稍有腥臭，时时阴痒难耐，腰坠腹胀。时有隐痛，脘闷纳呆，多方求医，均疗效不显。患者形体消瘦，面色不华，精神疲惫，苔黄略腻，脉沉数。西医诊断为慢性盆腔炎。中医诊断为带下。证属脾虚失运，带失固约。拟从健脾益气，利湿止带论治。取穴：阴陵泉、带脉、白环俞、血海。上穴均用提插捻转补法，每次留针30min，每5min行针1次。其中白环俞应深刺，针尖朝向前阴部，使产生放射至下腹的针感，然后连续行针10min。以上方连续治疗5次后症状基本消失，遂停止治疗而告愈。

（六）气滞血瘀，冲任不通，带脉失约，聚而成积型带下（卵巢囊肿）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

仇某，女，40岁，农民，1972年12月9日来诊。带下10余年。近1年来加重。带下黄白或赤白相兼，小腹坠胀疼痛，按之痛处固定不移。脐正下方偏左可触及包块，质地坚硬，腰骶酸痛，月经愆期，经前腹痛。B超检查见双侧卵巢各有一个5.5cm×4.8cm大小的包块，属囊性肿物。诊断为“双侧卵巢囊肿”。面色不华，色暗尘垢，肌肤粗糙不润。舌紫暗，有瘀斑，脉沉细涩。中医诊断为癥瘕。证属气滞血瘀，冲任不通，带脉失约，聚而成积。治拟活血散结，破瘀消癥。取穴：中极、次髎、胞肓、气冲、阿是、地机。各穴均用提插捻转泻法，阿是穴为触摸小腹癥之所在。用长针刺入小腹硬结中，使之产生较强的胀痛感，然后行温针灸。隔日治疗1次，针灸治疗30次后，白带减少，小腹痛和腰痛均有明显减轻。继续针灸，并配合少腹逐瘀汤合四君子汤方投之。6个月后症状基本消失，月经恢复正常。



五、田从豁

肝胆湿热兼有肝郁型带下（盆腔炎）《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

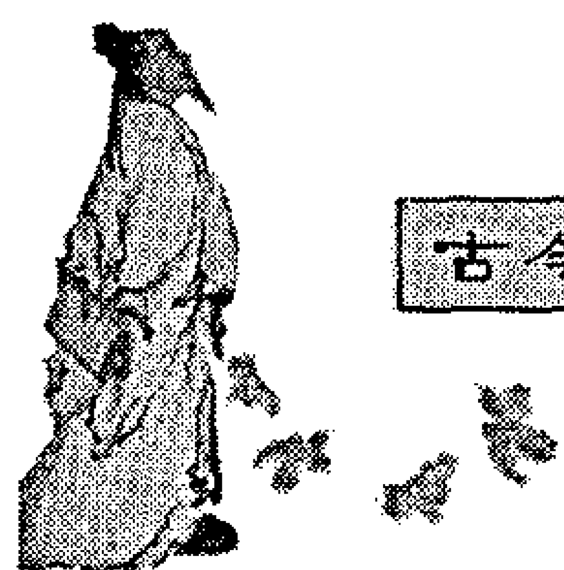
白某，女性，34岁，1996年7月初诊。主诉：带下6年，加重1年前来就诊。患者6年前生产后带下不止，1年前带下症状加重，并出现两小腹隐痛。就诊时诉带下较多，月经前后每日需用卫生护垫，带下色黄，有腥臭味，伴两乳胀痛经前尤其，平日常小腹隐痛，口苦。就诊前妇科检查：阴道分泌物较多，宫颈Ⅱ度糜烂。诊断：中医带下证（肝胆湿热兼有肝郁）；西医为盆腔炎。治则：运脾、利湿、止带。治疗：毫针刺中极、水道、带脉、三阴交、丰隆、阳陵泉、外关。隔日针刺，每周3次。疗效：2诊后小腹隐痛症状缓解，6诊后带下症状改善，经前乳胀基本缓解，12诊后带下如常，腹痛、乳胀症状完全消失。2年后随访，病情平稳未再反复。

【导读】

带下病是指带下量增多，色、质、气味异常，伴全身或局部症状者。本病以带为名，是因带脉不能约束而致，带下病古又称"白沃"、"赤沃"、"白沥"、"赤沥"、"下白物"等。慢性盆腔炎以带下增多，小腹疼痛为主症，故属中医"带下"，"腹痛"等病范畴。本病首见于《黄帝内经》，认为本病主要机制是任脉不固，带脉失约。因任脉总司一身之阴液，带下为阴精所化，由任脉所主。带脉约束诸经。故当任带二脉受损，则可致带下病。而湿邪是导致本病的主要原因，可涉及脾肾肝三脏。湿邪又有内湿外湿之分，脾肾之虚是产生内湿之因，脾虚失运，聚而生湿，流注任带二脉；肾阳虚不能温煦脾土，肾虚闭藏失司；肝郁侮脾，化湿下注。外湿多因久居湿地，或冒雨涉水，或不洁性交等，感受湿邪。湿邪可随体质的差异和病程的发展而产生不同的转化，故有湿热、寒湿、湿毒、痰湿等，但以热化为主。临床常见病因有脾虚湿困、肾阳虚、阴虚夹湿、湿热下注、热毒蕴结等。其治疗以健固任带为主要原则。由于湿邪成因不同而治法亦异，本病可采用健脾除湿、温肾祛湿、清热燥湿、清热解毒、祛邪利湿等治法。一般治脾宜升、宜燥；治肾宜补、宜涩；湿热和湿毒宜清、宜利。从各位医家的病例治疗情况来看，以辨证论治为思路，均取得很好的疗效。

宋代医家王执中采用了带脉治疗带下，起到很好的治疗效果，后代医家治疗带下无一不采用此穴而达治愈目的。

邱茂良医案：邱氏认为慢性盆腔炎大多数由急性盆腔炎转变而成，以带下增多，小腹疼痛为主症，属中医"带下"，"腹痛"等病范畴。带下属带脉失固，收摄无权所致，初起易治，久病难疗。所治病例①、②均以不孕求治，但病例①辨证为湿热郁结，任带失约型带下，邱氏先拟治理下焦湿热，调理任带奇经为法，取①气海、中极、带脉、水道、阴陵泉、太冲；②三焦俞、次髎、蠡沟、三阴交、行间等，旨在清利湿热，调理奇经。后以肝俞、肾俞、关元、三阴交等以补肝肾；大赫、阴陵泉、足三里以清下焦湿热，神门、太溪以安心神而治烦热。经治带下减少，腹痛渐除，患者怀孕。病例②



患者辨证为寒湿停滞，脾肾阳虚型带下，西医诊断为附件炎，邱氏治先温经散寒，化湿止带，取①关元、归来、大赫针后加灸，温化下焦寒湿，化湿止带；②地机、中膂俞、三阴交扶脾止带。后以原法中加肾俞、脾俞、足三里、阴谷针后加灸，调补脾肾后诸症悉愈。病例③辨证为肝热脾湿之带下，治拟疏肝健脾，清热利湿。取阴陵泉、带脉、白环俞、蠡沟、太冲提插捻转泻法。邱氏认为带下之病，多因下焦肾气虚损，或喜怒忧思，产育房劳，致伤及任脉而成，或因郁怒伤肝，肝乘脾土，土伤生湿，下注而渗入下焦所致。治疗应以平肝健脾除湿治其本，清化湿热止带治其标。取阴陵泉、带脉、白环俞、蠡沟、太冲等穴起效。病例④辨证为脾虚肝郁型带下，取带脉穴其调节带脉，助其固摄诸脉之功，加阴陵泉，乃求其利湿之用。一般长年不愈之带下，多兼湿盛，湿邪重浊黏滞，使证情胶着，难以痊愈。带脉与阴陵泉合用，可化湿固带。病例⑤属脾虚带下，乃"完带汤"证，针灸亦当以补益收摄为法。取阴陵泉、白环俞健脾止带，配带脉、血海之固摄，而共奏健脾止带之效。病例⑥辨证为气虚血瘀，气虚则推动血行无力，血瘀下焦。冲任失调，带脉不约，则见带下、癥瘕。取中极、次髎前后相配，攻逐少腹之瘀积；针刺带脉可产生放射向病所的较强针感，可通经行气，以促瘀滞之消散；阿是穴乃破积之验穴，攻伐之首将。诸穴共用，可奏活血散结，破瘀消积之效。但由于患病日久，其气必虚，峻攻易伤气血，故破积针方若合补益气血药物，针灸治其外，中药补其内，针药合用，标本兼顾，攻补兼施，积乃可除。

田从豁医案：带下伴小腹隐痛，两乳胀痛，带下色黄有臭味并伴口苦。表现出一派热象、实象，病在少阳胆经，肝胆互为表里，取中极、水道清利膀胱；外关清利三焦水道；三阴交、丰隆健脾化湿；带脉利胆固带；阳陵泉清利肝胆，具有引经作用。患者虽病已久，但仍以实象为主，所以遵循运脾利湿之法，即可取效。

第六节　不孕、不育

一、朱汝功

(一)肝郁气滞，冲任失调型不孕(不孕证)《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

施某，女，34岁，工人，1977年11月29日初诊。结婚10年未孕。1968年结婚后有正常性生活，配偶健康，但一直未孕。1977年3月17日赴上海市某妇产科医院检查：宫体中位，大小正常，宫颈、阴道均光滑，右侧骶骨韧带增粗。做诊断性刮宫，病理报告显示，"分泌期子宫内膜"。施行"通液术"，发现双侧输卵管阻塞，诊断为"原发性不孕症"。患者生育之望迫切，经人介绍来我院针灸治疗。诊得平素每月经前双乳作胀，乳头触痛，小腹胀滞难忍，经来颜色暗紫，量少，伴有两膝腿酸软，神疲乏力，胃纳不振，脉细弦，苔薄。证系肝郁气滞，冲任之脉失调，拟疏肝理气，通调冲任以观之。取穴：关元、气海、水道(双)、归来(双)、足三里(双)、内关(双)、太



冲(双)。手法:平针法,得气后加电,留针20min,隔日1次。12月1日3诊,针治2次后,小腹胀痛减,但出现右肩关节沉重酸痛,守上方续治。取穴、手法同前。12月15日7诊,经来小腹胀痛大减,经量较前增多,经色转鲜,双侧乳房胀痛亦瘥。两腿较前有力,舌脉同上,再守前方出入。取穴:气海、关元、水道(双)、归来(双)、三阴交(双)手法:同前。1978年1月17日17诊,本月临经,两乳房胀滞,乳头触痛较前减,小腹痛亦瘥,惟胃纳欠馨,右肩关节酸痛感尚存,舌脉同上,嘱其去妇产科复查,仍守上方投治。取穴、手法同前。1月21日18诊,1月19日赴妇产科医院检查,再次做双侧输卵管通气术,当气体进入两侧输卵管,加压至200mmHg时,腹部两侧均闻及水泡音,伴有胸闷、肩酸感觉,证实双侧输卵管通气良好。再守原方投治后,嘱停针观察。5月25日19诊,自1月下旬做通气术诊断双侧输卵管已通畅后,每月经前经后带下如注,经前小腹胀痛更甚,双侧乳房仍有胀痛,胃纳不佳,脉弦苔薄。并称上次月经净为4月13日,至今经水未潮,伴有胸闷,胁胀,两乳胀滞疼痛,不思饮食。仍以调益冲任续治。取穴:关元、气冲(双)、足三里(双)、三阴交(双)、公孙(双)、太冲(双)、内关(双)。手法:平针法,留针时间同前。6月13日26诊,月经迄今未潮,小腹胀痛尚存,胸脘痞闷,泛恶,腰膝痠软,神疲纳差,脉弦带滑,苔薄。疑为有孕之象,嘱赴妇产科做妊娠试验,以和胃理气观之。取穴;内关(双)、公孙(双)、三阴交(双),手法:平针法。6月20日27诊,尿妊娠试验阳性,嘱停针随访观察。

(二)肝肾亏损,气滞血瘀型不孕(不孕证)《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

张某,女,35岁,工人,1978年8月24日初诊。结婚7年,婚后1年内2次自然流产,以后未孕。患者于1972年6月结婚,同年10月怀孕,停经50d后出现阴道出血,经注射黄体酮及服中药安胎均未奏效而自然流产。次年2月2日于停经43d后,突然腰酸腹痛,阴道流血不止,汗出淋漓,面色苍白,送某妇幼保健院急诊入院。诊断为“宫外孕急性期出血(休克型)”,经抢救脱险出院。以后每次月经来临,两乳作胀,乳头触痛,小腹胀滞,腰酸骨楚。1975年3月至76年3月,曾做子宫、双侧输卵管碘油造影显示,“子宫大小形态正常,边缘光整,右侧输卵管充盈达伞端,左侧达壶腹部,峡部粗细不均”。24h摄片示“盆腔内未见涂布,碘油残留于两侧输卵管伞端,右侧积水”。诊断为“双侧输卵管阻塞”。给予中药调理3年余,依然未孕。1978年2月至3月,连续5次作通气术,均未获效。右侧附件增厚,压痛明显。患者生育迫切,到处求医,经人介绍前来针治。诊得每月经来,经色暗紫,量少,兼见神疲腰酸,纳谷不振,形寒体冷,面色少华,脉细,尺部无力,时而出现结代,苔薄质淡。证系宫外孕失血后,肝阴不足,太冲脉虚,兼以木邪侮土,脾气受制。肝者藏血,脾主生血,肝血之藏不足,生血之藏受制,以致血海失养,气滞瘀结而不孕也。治拟调益冲任以观之。取穴:气海、关元、外陵(双)、大巨(双)、水道(双)、三阴交(双)。手法:平针法,得气后加电,留针20min,隔日1次。5诊:1978年9月9



日。针治4次后,出现右肩背酸痛(以往无肩酸史)。余症无变化,嘱去妇产科做输卵管通气术检查。处方:取穴、手法均同前。1978年9月28日10诊,本月经来小腹胀病减轻,精神较前振奋,惟右肩背酸痛依然,舌脉如上。取穴、手法同前。此患者针刺10次后停止治疗,随访获悉于9月28日针刺后,未作任何治疗,12月停经,赴妇幼保健院检查为尿妊娠试验阳性,超声波为"子宫体增大,出现妊娠波型"。二侧附件已均无触痛。

二、郑魁山

(一)寒邪侵袭,客于胞宫不孕(不孕证)《郑氏针灸全集》

朱某,女,28岁,家属。结婚5年未生育,丈夫健康。患者14岁月经初潮,1946年秋天游泳后小腹冷痛,腰腿酸痛,经期加剧,月经量少色暗,舌质淡、苔薄白,检查小腹凉,关元处有压痛。辨证系寒邪侵袭,客于胞宫,采用暖宫散寒、养血助孕之法,针关元俞、次髎用烧山火法,使热感传到小腹,不留针,天枢、气海、三阴交用热补法,使热感传到小腹和足趾,留针20min,每周3次,治疗到4月19日,针达12次时,月经来潮,血量血色正常,小腹冷痛明显好转。休息1周,继续按上述方法治疗到5月20日,月经未见来潮,亦无小腹冷痛、腰腿酸痛等症而停诊观察。7月1日其丈夫告之,经化验已怀孕,1953年6月寄来一男孩照片留念。

(二)肾气虚惫,封藏失职,精关不固型不育(不育证)《郑氏针灸全集》

张某,男,32岁,军人。结婚6年不育。8年来阳痿早泄,性欲不振,阴囊潮湿发冷,头晕失眠,腰腿酸软,畏寒肢冷,化验检查:精子成活率极低。观其面色皖白,精神不振,舌质淡,苔薄白,脉细无力。诊为男子不育症。系因肾气虚惫,封藏失职,精关不固所致。采用补肾壮阳、培元益精之法。针肾俞、志室、关元俞、上髎用热补法,使热感传到腰骶部和腹部,关元、三阴交用热补法,使热感传到小腹和下肢,留针20min,每日1次,10次为1疗程,每疗程休息3~5d。治疗到6月8日,2个疗程结束时,阳痿早泄明显好转,阴囊已不潮湿发冷,精神体质也明显好转,化验检查:活精子数增加。治疗到7月4日,4个疗程结束时,症状基本消失,精神恢复,苔脉正常,化验检查:活精子总数已达正常值。1973年9月24日生一男孩,还送一张相片留念。

【导读】

育龄夫妇婚后同居,未避孕,性生活正常,2年以上女方未受过孕者称之为"不孕症",而"不育症"则是指育龄夫妇结婚同居后女方曾妊娠,由男方原因造成的不孕症称为"男性不育症"。本病在《山海经》称"无子",《备急千金要方》称"全不产"、"断绪"。不孕症的病因病机有虚实两个方面:虚证多因肾阴阳气血不足,实证多责之于肝气郁结或痰瘀为患,致不能养精育胎,或不能摄精成孕。不孕症的辨证,首先辨明病位所在后,采用调经种子或调经通络的治法。此外,配合心理治疗、指导



性生活，择机合于阴阳，对不孕症的治疗十分重要。如输卵管阻塞导致不孕者，可针、灸、药结合或辅以生殖助孕技术进行治疗。

朱汝功医案：朱氏指出不孕的原因很多，其中输卵管阻塞或炎症为其中之一。朱氏所治病例①结婚10年，正常性生活，配偶身体健康，精子活力正常，长期同居未孕，为"原发性不孕症"。病例②结婚7年，第1年内自然流产2次，后5年余未孕，为"继发性不孕症"。以上病例均有经行量少，色紫，两乳作胀，乳头触痛，小腹胀痛，胃纳不振，两腿酸软等症。朱氏根据冲为血海，任主胞胎，"冲脉隶于阳明"、"八脉皆属于肾"的中医理论，取任脉关元、气海以调补冲任，益气培元，手足厥阴经同治，太冲配内关以疏肝解郁理气；三阴交为三阴经之交会穴，以补益肝脾肾三脏，妊养冲任；足阳明经三里、外陵、大巨、归来、水道以理气和胃，调理八脉；配足太阴脾经公孙穴，与冲脉相通，增其通调血海之功。值得注意的是所治两例患者既往均无肩痛史，但在治疗中都出现了右肩关节沉重酸痛，与作"双侧输卵管通气术"时出现的肩酸感觉相仿，朱氏认为治疗过程中出现肩痛是输卵管疏通之兆。

郑魁山医案：郑氏在治疗不孕症和不育症突出的特色是针刺手法。认为针灸治疗疾病应在选穴配方的基础上灵活应用手法，才能达到心手合一，手到病除。所治病例①辨证为寒邪侵袭，客于胞宫不孕。病例②辨证为肾气虚惫，封藏失职，精关不固型不育，两者同样采用热补法起到了温阳散寒的目的，疾病痊愈。热补法在操作时术者左手食指或拇指紧按针穴，右手将针刺入穴内，候其气至，左手加重压力，右手拇指向前连续捻按3～5次，候针下沉紧、针尖拉着有感应的部位，连续急(重)插慢(轻)提3～5次；拇指再向前连续捻按3～5次；针尖顶着产生感觉的部位守气，使针下继续沉紧、产生热感。根据病情留针后，缓慢将针拔出，急扪针穴。实验证明，它不但能使患者产生热感，而且能使皮肤温度升高。

第七节 阴 挺

一、王秀珍

肾气亏损，失于固摄型阴挺(子宫脱垂)《刺血疗法》

沈某，女，39岁，工人。患者1960年产后，未能充分休息，过早拉车负重，发生子宫脱垂，伴有腰酸小腹坠胀，白带增多，先后在省某医院诊治无效，曾动员手术，未同意。1966年3月4日来刺血科治疗。妇检：宫体下降，宫颈露于阴道口外。诊断：子宫脱垂Ⅱ度。治疗经过：取穴腰俞，针刺出血，并嘱加强营养、适当休息。刺血后腰酸腹胀减轻，饮食增加，自觉子宫有收缩感。3月20日复诊刺血阴陵泉，子宫恢复到正常位置。随访10多年，仍从事拉车搬运工作，子宫未再下垂。



二、于书庄

脾气不足，胞宫失于固摄型阴挺（子宫脱垂）《于书庄针灸医集》

郝某，女，46岁，1975年9月4日初诊，患者腰痛数年，现以右侧为重，活动、直立时腰痛明显，睡眠时不能平卧，不能伸腿，腰痛与天气变化无关。伴有纳呆、头晕、梦多、心烦。检查：舌质淡红、苔白而干，脉沉细。治疗经过：给予针刺昆仑、后溪，治疗两次后腰痛如故。经进一步问诊，知其患子宫脱垂3年，子宫脱至阴道口外（Ⅱ度），小腹坠胀，腰痛，夜间不能平卧。从而改变取穴，针关元、子宫（针后要求针下找到抽搐感，患者感到子宫向上抽）、三阴交。经1次治疗后腰痛减轻，继用上方加曲骨穴以增强固摄胞宫之力，针刺6次，子宫已不脱出，腰痛得到缓解，患者已能参加担水等劳动。

三、郑魁山

气血虚损，中气下陷，胞宫不固型阴挺（子宫脱垂）《郑氏针灸全集》

李某，女，38岁，农民。因第3胎产后20d下地作重体力劳动，觉得腰部酸痛，小腹重坠，阴部闷胀，腿软无力，不能走路而入院，住院3天，用中西药物治疗，效果不明显；妇科检查：子宫呈Ⅲ度脱垂，舌质淡，苔薄白，脉沉细。辨证系气血虚损，中气下陷，胞宫不固。采用补中益气、升提下陷、固摄胞宫之法。针中脘、气海、提托用热补法，使腹部有热感，会阴部有抽动感，三阴交用热补法，使热感传到腹部，留针30min。第2天复诊，患者小腹重坠和会阴部闷胀感减轻。治疗3次后，妇科检查子宫明显回缩，腰腿酸软等症也明显好转，共治疗6次，患者症状即完全消失，子宫位置也恢复了正常。1年后随访未再复发。

四、杨永璇

脾虚肾亏，气虚下陷型阴挺（子宫脱垂）《杨永璇中医针灸经验选》

杨某，女，38岁。初诊：生育繁多，冲任暗损，第6胎产后3个月，患阴挺，小便刺痛，神色委顿，经某医院诊断为子宫脱垂。脉濡细，苔白腻。此属脾虚肾亏，致气虚下陷。拟补气摄下法。针灸方法：维道、子宫、三阴交（均双）、中极（均补法）用提插补泻法，留针20min。2诊：第2天，即连续次日。自诉针后1h许，脱垂物即开始上升。针灸方法：同上。3，4诊：连续2次，原方每间隔1d，针治1次。5诊：第8天，即间隔1d。症情逐渐好转，下体无不适感觉，脱垂物已回缩体内，仅感气坠。此玉关未固，属虚，用扶元补气法。针灸方法：取子宫、上髎、五枢、曲泉、三阴交、然谷（均双，补法）用提插补泻法，留针20min。续针7次，上方每间隔1d，针治1次。气坠感已消失，停针。再复诊：间隔3年后的初夏，劳顿郁怒，旧病复发，阴挺脱垂



滞重，小腹不适，背脊腰脚皆酸楚少力，带下淋漓不尽，此属肝郁脾虚，中气下陷，用疏肝健脾，益气固摄法。针灸方法：期门、维道、次髎、三阴交、水泉（均双）、关元（均补法）用提插补泻法，留针20min。2～4诊：连续3次，上方每间隔1d，针治1次。5诊：间隔1d。脱垂物已见上升，小腹胀坠亦松，小便略有刺痛，带下仍多，此系下虚所致，接用前法。针灸方法：同上。6～8诊：连续3次，原方每间隔1d，针治1次。9诊：间隔1d。症状更见轻可，久病元虚，带下未止，防其复发。嘱耐心治疗，以资巩固。针灸方法：同上。续治10次，原方每间隔3～5d，针治1次。症状完全消失。嘱其切勿劳累过度，避免努责，注意营养，停针。

五、张涛清

中气不足，气虚下陷型阴挺（子宫脱垂）《张涛清针灸治验选》

韦某，女，33岁，教师，1971年4月初诊。主诉：1966年生产后，劳累过早，休息不好，不久即感小腹下坠胀痛，劳累后加重，阴内似有块状物突出，平卧休息后，块状物即缩回，胀痛亦除。1971年春在干校劳动月余，阴道内脱出之块状物不能自行缩回，并伴有腰酸腿痛，小便频数，白带多，头晕，食纳差，精神不振等症，不能坚持工作。1971年4月来我院检查治疗。查见患者面色苍白，形体消瘦，舌淡，脉沉细无力，经妇科检查，诊断为子宫脱垂Ⅲ度并发膀胱壁膨出，辨为中气不足，气虚下陷，治宜补中益气，升提举陷。取穴：百会、气海，维宫、足三里，三阴交、维道透中极。方法：先针后灸，用补法，每次留针30min，间歇期运针2～3次，隔日1次。治疗1个月时，精神好转，食纳改善，小腹胀痛减轻。治疗2个月时，脱出的子宫已完全回缩，尿频减少，又治疗1个月，子宫再未下垂，腰酸、腹胀、尿频诸症全除，经我院妇科复查，子宫恢复正常，膀胱壁亦不膨出。1977年4月追访，再未复发，3年前又生1小孩，亦无不适，子宫正常不下垂。

【导读】

阴挺为妇女子宫下脱，甚则挺出阴户之外、或阴道壁膨出，统称为阴挺。西医的子宫脱垂、阴道壁膨出属于本病范畴。《诸病源候论·阴挺出下脱候》曰："胞络伤损，子脏虚冷，气下冲则令阴挺出，谓之下脱"。《千金要方》称"阴脱"、"阴菌"、"阴痔"、"子肠不收"、"产后肉线"、"子宫脱出"等。阴挺的主要病机是冲任不固，提摄无力，气虚下陷与肾虚不固均可致胞络损伤，不能提摄子宫。针灸治疗应按《黄帝内经》"虚者补之……陷下则灸之"的原则，以益气升提，补肾固脱。

本节所选病例的证型集中在脾气虚和肾气虚两种，各医家所选穴位比较集中在关元、子宫、三阴交、血海、维道、中极、中脘、足三里、百会等穴，且均采用温补法治疗，治疗中强调针感直达病所，使子宫有抽动感为好。针灸治疗阴挺能够在短时间内使脱出的子宫回缩，但本病的治疗除使子宫归位以外，更重要的是防止复发，

应告诫患者避免过度劳累、负重等。

王秀珍医案：王氏采用刺血治疗本病是其临床特色，王氏认为“阴挺”、“阴脱”是产后劳累过度、中气不足或生育过多损伤胞络，肾气亏损，失于固摄，故气虚下陷无力系胞，导致宫脱。治疗大多以益气升陷为主。现代医学认为本病系盆底肌肉松弛，子宫韧带张力减低，支持作用减弱。刺血治疗子宫脱垂文献未有记载。现代活血化瘀法的临床研究，有人提出活血化瘀改善血液循环，有调整内脏平滑肌的作用。刺血治子宫脱垂的作用机制在于调整、恢复盆腔的血液供应，使盆腔肌肉、筋膜、韧带得到正常的血液濡养，张力加强，使宫体恢复到正常位置。所治病例采用腰俞、阴陵泉刺血治疗阴挺 2 次而愈，可以看出刺血的疗效。

于书庄医案：辨证为脾气不足，胞宫失于固摄型阴挺，西医诊断为子宫脱垂Ⅱ度。患者初诊时问诊不详，造成辨证有误。经进一步问诊，方知其病之本为子宫脱垂。于氏认为脾为后天之本，肾为先天之本，肾主藏精，脾主运化，肾藏之“精”需靠脾胃运化水谷的精微不断补充。今脾气亏虚、气血生化之源不足，肾脏得不到水谷精微的补充，故肾虚，肾虚则腰痛。故脾虚是本，肾虚是标。宗“治病必求其本”的法则，取关元、子宫、三阴交。关元为任脉、足三阴之会，三阴交为脾、肝、肾之会穴。针此二穴，用以补益脾、肾、肝之不足，以固摄胞宫。针子宫、曲骨以增强固摄之力。由于辨证明确，取穴、手法得当，故针刺后腰痛消失，可参加劳动。

郑魁山医案：辨证为气血虚损，中气下陷，胞宫不固型阴挺，西医诊断为子宫脱垂Ⅲ度。郑氏采用补中益气、升提下陷、固摄胞宫之法，针中脘、气海、提托用热补法，使腹部有热感，会阴部有抽动感，三阴交用热补法，使热感传到腹部，治疗后，妇检子宫位置恢复正常。症状完全消失。

杨永璇医案：杨氏认为阴挺皆属虚证，间有少数病例出现湿热下注，兼挟相火作祟者，但亦以肝肾阴虚，中气下陷为本。治疗并非难事，除久年脱垂，无法复收者可手术治疗外，一般均能取得即时疗效。但欲求巩固，则非易事。所治病例因体虚劳累努责而至脱垂，故治疗关键，在于扭转虚弱体质和避免过度劳累，必要时可内服补中益气汤。否则未得摄生之道，必致经常复发，愈发愈重，治之仅能保持短期疗效而已。

张涛清医案：张氏认为阴挺常因素体虚弱，产时用力过度或产后劳动过早，便秘努责等导致气虚下陷，冲任不固，带脉失约，无力系胞而致阴挺；或因早婚，产多乳众，难产等耗伤肾气，肾虚而冲任失守；带脉失约，无力系胞而致阴挺。针灸治疗子宫脱垂有较好效果。所治病例辨证为中气不足，气虚下陷型阴挺，西医诊断为子宫脱垂Ⅲ度并发膀胱壁膨出，张氏取穴百会、气海，维宫、足三里，三阴交、维道透中极，先针后灸，应注意针刺过程中的针感气至问题，维宫穴针刺时，患者会阴部和小腹部应有明显气至病所的抽动感，若无此种感觉，临床效果较差。



第八节 五 软

一、陈全新

五软（小儿脑瘫）《陈全新针灸经验集》

胡某，女，2岁。代诉：坐立不能，发育迟缓。病史：妊娠8个月分娩，剖宫产，出生后易感冒，多伴高热、抽搐，至今只能发单音字，不能行、站，颈软，腰软，手软，脚下软，二便失禁，头颅CT显示脑发育不全，曾应用脑活素等药物，疗效欠佳。检查：神志清楚，智能低下（相当于0.5岁智力）。构音不清，只能发单音字，颅神经检查无异常发现，四肢肌张力低，肌力0～1级。四肢腱反射减弱，双侧巴宾斯基征（+）。诊断：中医为五软。西医为小儿脑瘫。治法：补肾强筋，生精益髓。取穴：各穴交替辨证选用，肾俞、肝俞、膈俞、脾俞、大杼、脑户、四神聪、阳陵泉，头针运动区、言语区。配穴：上肢：曲池、合谷、外关。下肢：环跳、委中、足三里。操作：针用捻转补法，同时治疗过程中嘱家长多与患儿接触、交流，从被动运动到鼓励主动运动及教授幼儿知识。隔日治疗1次，4个月为1疗程。第1疗程后，患儿言语较前清晰，可学习说简单句子，智能达1岁左右水平，可在床上爬行，五软减轻，仍二便失禁，四肢肌力达3～4级。上方去大杼、合谷，加神门、内关；第2疗程后，患儿言语较前清晰，可说简单句子，智能有所进步，练习站立、行走，可学习控制大小便。上方去膈俞、阳陵泉，加三阴交、大肠俞；第3疗程后，患儿言语较前为多，可说简单句子，智力有进一步提高，达2岁幼儿水平。主动学习能力增强，可单独站立，学习行走能力较前提高。可学习控制大小便。上方去肝俞、脑户、环跳、委中，加四神聪、通里；第4疗程后，患儿言语、智能水平接近3岁儿童，单独行走，肌力、肌张力接近正常，大小便基本可自行控制，停止治疗观察，嘱多运动、学习。1年后随访已上幼稚园小班，基本可正常学习、生活。

二、焦顺发

五软（大脑发育不全）《头针》

陈某，男，7岁，儿童。患儿1970年4月13日出生，生后6个月不会坐，1岁不会站，3岁不会说话，4岁走路不稳，平时易患其他病。1974年9月在某医院神经科确诊为痴呆。5岁时还不会讲话，走路不稳，不识数，头围仅49cm。选区：双侧运动区、感觉区、言语二区等，隔日1次。疗效：间断治疗1.5年后，有明显提高。不仅自己行走正常，而且智力明显提高，能说简单的话，对一般的事情还可以理解。

【导读】

五软证，是指头项、口、手、足、肌肉痿软无力而言。本证于宋代之前，多与迟证



并论。明代《婴童百问》最早提出五软之称，并且指出临床以肌软无力为特征。辨证分脾肾两亏及气血虚弱两型，治用健脾补肾及益气养血之法。患有本证之小儿预后较差。其预防重在先天，孕期保护胎儿，避免各种损伤。引起本证之因，为先天之气未充，父母精血虚衰，影响胎气不足，造成脾肾亏损。后天哺养失宜，气血虚弱，更促使本证的发生与发展。肾藏精，主骨、生髓，为生长之本，肾亏则精乏、骨弱，髓不充，发育迟缓。脾为后天之本，生化之源，主肌肉、四肢、口唇。脾亏失养，气血虚弱，阳气不充，故四肢痿软无力，肌肉松弛，致使临证出现头软不举，口软不食，手软不握，足软不立，肌软无力。甚者血不养神，引起神情呆滞，反应迟钝等软弱症状。脾肾两亏型治宜补肾健脾；气血虚弱型治宜益气养血。

上述两位医家治疗本病时均用到头针取得较好疗效，但本病属疑难杂症，治疗周期较长。读者临床可以借鉴。

陈全新医案：陈氏认为针灸治疗脑瘫患儿不仅能促进运动功能，而更是一种整体康复的医疗手段。因肾藏精，为先天之本；脾主肌肉，为后天之本；肝主筋，主藏血，通过背俞穴调肝、脾、肾三脏功能，达到改善四肢痿软无力，肌肉松弛的症状。通过头针刺激，结合头部穴位的局部刺激可醒脑益髓。如此脏腑和脑的相关经络之气得通，加配合肢节及功能锻炼，故肢痿、神明得复，病可渐愈。

焦顺发医案：焦氏仅采用头针中的双侧运动区、感觉区、言语二区等也使病症恢复，由此可见头针在治疗五软中的重要性。

第九节　疳　　积

一、田从豁

(一)脾胃虚弱，元气不足型疳积症(小儿厌食症)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

刘某，男性，1.5岁，1997年11月25日初诊，病史：患儿系早产儿。8个月出生后即食纳不香，经常哭闹，大便经常排出不消化的奶瓣。目前患儿食纳差，只饮用酸奶，不吃辅食，大便日1～2次，不成形。检查：发育迟缓，行走需人扶助、只会发“妈妈”等几个单字，面色萎黄，声低音微，哭闹不休，腹胀。诊断：中医为厌食症(脾胃虚弱，元气不足)；西医为小儿厌食症。治则：健脾和胃。治疗：首取四缝点刺，沿督脉及膀胱经捏脊、梅花针叩刺，灸神阙。疗效：2诊后，患儿精神好转，夜晚不再哭闹，喂食时不费力。4诊后，患儿饮食量增，主动要求进食。6诊时面色已有光泽，可少量增加辅食。共治疗10次，患儿饮食佳，可正常进食奶及少量辅食。

(二)脾胃虚弱型疳积(小儿营养不良)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

陈某，男性，1岁4个月，1997年12月26日初诊。病史：患儿4d前始腹泻，腹



泻物为绿色水样便，伴有发热，体温为39.2℃。到北京儿童医院经输液及口服药物对症治疗，烧退，仍腹泻，日8～9次，伴有厌食，夜卧不宁，化验便常规未见异常。既往史：7个月断乳后，因喂养不当不欲饮食，纳少。检查：发育迟缓，不能站立，面色萎黄，只能发“妈”。诊断：中医为疳积（脾胃虚弱）；西医为小儿营养不良。治则：健脾和胃，温中止泻。治疗：取四缝点刺，沿督脉及膀胱经捏脊、神阙加贴白术、黄连粉，隔日治疗1次。疗效：1诊后腹泻止。2诊后精神较前转佳。4诊后大便1日1次，纳食量增。6诊后纳食佳，主动要食物吃，精神佳。因回老家停止治疗。

二、于书庄

（一）积滞生热，脾失健运型疳积《于书庄针灸医集》

李某，男，1.5岁，1975年9月2日初诊，病史：自今年夏天开始不思饮食，手足心热，面黄身瘦，平时易感冒。检查：舌苔厚腻，脉沉滑而数。辨证：证系积滞生热，脾失健运。治法：治宜清泻滞热，健脾和胃。取穴：足三里、四缝。共治疗2次。2个月后随访，患儿食欲增加，诸症消失。

（二）乳食停滞，脾失健运型疳积《于书庄针灸医集》

李某，女，1岁4个月，1975年9月1日初诊。病史：近日来流涎，不思饮食，面黄，腹泻日3次，内有不消化乳块，头发稀疏，精神疲惫，易烦急。检查：舌苔白厚，脉沉滑。辨证：证系乳食停滞，脾失健运。治法：治宜消导食滞，健脾胃。取穴：针四缝4次，足三里3次，诸症消失，临床治愈。

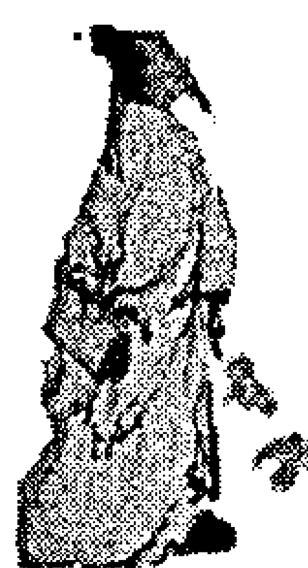
（三）脾胃虚弱，乳食不化型疳积《于书庄针灸医集》

史某，男，8.5个月，1975年9月3日初诊。病史：自生后即腹泻，每日2～3次，乳食不化，腹痛，喜俯卧，面黄无华，头发稀疏。检查：舌质淡、苔薄白，脉沉无力。辨证：证系脾胃虚弱，乳食不化。治法：治宜温中健脾，消食导滞。灸神阙，针足三里、四缝。治疗3次病情好转，中断治疗。

三、郑魁山

饮食不节，脾失运化型疳积（小儿营养不良）《郑氏针灸全集》

王某，男，5岁，农民，1970年2月14日住院。患者腹部膨胀、消瘦3年，坐着不欲动，贪食，常在地下拾东西吃，多吃、多泻、大便腥臭，经常盗汗，昨天突然发热、水泻，1970年2月12日来我院内科住院。住院2d发热好转，腹泻一直不止，而转来我科。患儿不思饮食，每日绿水样腹泻8～12次，呕吐3～5次，检查：精神萎靡，嗜睡，面色晦黄，两眼窝凹陷，骨瘦如柴，头发稀少，囟门凹陷，小腹膨胀，弹力差，肝在肋下一横指，三关纹紫色，舌苔薄白，脉细数，120次/min。血常规：红细胞$2.78\times10^{12}/L$，血红蛋白7.7g，白细胞$5.7\times10^{9}/L$，中性0.2，淋巴0.79，嗜酸0.01。西医诊断为小儿营养不良；中医辨证系饮食不节，脾失运化。采用健脾益胃、消食导滞



之法治之。取穴：①三关穴放血，中脘、天枢、三阴交，②建里、气海、腰俞、会阳，用平补平泻法，两组穴位轮换使用，每日针2次；针治2次时，病情好转，1日只泻2次，呕吐1次，治疗至18日，针达10次时，饮食增加、呕吐、腹泻停止，精神好转，腹膨胀减轻，则改为每日针1次，因三关纹已不发紫，减去三关穴放血；治疗至3月14日，针达30次时，饮食增加，消化良好，检查恢复正常，即出院。同年12月20日随访，患儿发育、营养和大便等一切正常。

【导读】

疳积又名疳证，是由于喂养不当，或因多种疾病的影响，使脾胃受损，气液耗伤而逐渐形成的一种慢性病证。临床以形体消瘦，面色萎黄，毛发干枯，食欲异常，精神萎靡或烦躁不安为主要特征，并常伴有生长发育迟缓。本病多见于5岁以下小儿，起病缓慢，病程缠绵，病程越长，病情亦随之加重，不仅影响小儿生长发育，而且容易并发其他疾病，因此古代医家将其列为儿科"麻痘惊疳"4大要证之一。疳证的病因病机，主要责之于饮食不节，喂养不当，及病后失调等，使脾胃损伤，受纳转化失职，气血生化不足。疳证属脾胃受损，气血津液不足，治疗原则以顾护脾胃为本，疳积以消为主，或消补兼施。

以上各医家均认为本病系由脾胃受损，气血津液不足有关，治疗以健补脾胃为主，但主张毫针、三棱针、推拿、穴位贴敷等方法的综合应用。

田从豁医案：所治病例①患儿因先天禀赋不足致肾之元阳不足，不能温煦脾阳，脾失健运，日久脾胃虚弱。病例②患儿因断乳后喂养不当致脾胃虚弱，复因外感，脾阳不振，脾失健运，出现腹泻。两例治疗均以补益脾胃为法，以四缝健脾和胃，消疳除积；督脉及膀胱经振奋阳气，增强机体抗病能力，又能健运脾阳；神阙温中健脾，和胃止泻。共奏理气和胃止泻之效。两病例治疗的区别在于田氏根据辨证不同在神阙穴操作方法不同，病例①有元阳不足的病机，故在治疗时神阙穴采用灸法以温补元阳。病例②采用穴位贴敷白术、黄连粉健运中洲。

于书庄医案：于氏临床治疗小儿疳积的经验穴是以针刺足三里、四缝为主。腹泻、腹胀或大便不调者加天枢；腹泻日久、完谷不化者灸神阙；呕吐或食入反出者加中脘。操作：足三里、天枢、中脘，进针得气后按压1min，四缝用粗针点刺出血或刺出黏液，间日1次。所治3例患儿根据辨证不同，在经验组方的基础上化裁取得了良好的疗效。

郑魁山医案：郑氏认为本病多因饮食不节、喂哺不当脾失运化，水精不布，或先天不足所致。选用中脘、天枢用点刺法，以通调肠胃；腹泻脱肛，配建里、气海、腰俞、会阳用补法，以补中益气；完谷不化，配足三里用平补平泻法，以健脾调胃，消食导滞；虚热烦躁，配三关穴放血，以清热养阴；吐奶和吐食，配内关，用平补平泻法，以和中止吐。以上治疗可同时配用捏脊法(3次)，以通调肠胃。本病例中医辨证属饮食不节、脾失运化，但兼有盗汗，体内应有虚热，采用三关放血，加配三阴交改



善了患者的阴虚内热，采用其他穴位共同起到健脾益气，助中焦运化之功，疾病痊愈。郑氏应用本疗法在1971年成县医院总结的40例均有效果，治愈率为82%，平均6.4次治愈。

第十节 痄 腮

一、杨榈良

瘟邪蕴结，经气阻遏型痄腮（急性腮腺炎并发睾丸炎）《古今针灸医案医话荟萃》

吕某，男，10岁，学生，1972年4月1日初诊。家长代诉：患儿发热4d，双侧腮颊肿胀觉痛2d，今天诉两侧睾丸痛，4d来持续性发热，且病势日趋加剧，2d来二腮颊肿胀而痛，左侧尤甚，张口咀嚼困难，并累及耳后和下颌。咽干，口燥喜凉饮，今日又觉二耳憋胀、两侧睾丸肿大且痛。食欲不振，小便黄赤。西医诊断为急性传染性腮腺炎并发急性睾丸炎。体温39.2℃，面红气粗，烦躁，两腮焮热，右腮大如鸡卵，左侧状如核桃，触之中心质稍硬，四周红晕压痛。睾丸压痛(卌)，右甚于左。脉象弦数，舌质红，苔黄腻。恙由瘟邪蕴结，经气阻遏，发为痄腮。治拟清热解毒、疏风通络、消肿散结。治疗经过：1972年4月1日上午初诊，耳尖、商阳、大敦，均三棱针点刺出血，大椎、曲池，针泻。4月1日下午2诊，体温38.8℃，觉精神稍好，睾丸痛好转，其余症状如上。上方加颊车透大迎。4月2日上午3诊，体温38℃，两腮及睾丸疼痛明显减轻，张口及咀嚼时自感方便，腮部红肿见消过半，右腮肿已缩小成核桃大。上方加风池，行泻法操作。4月3日4诊，体温37.6℃，左腮肿胀基本消失，惟压迫时尚有轻微作痛，右腮肿又较昨日为小，张口无碍，睾丸已不疼痛。饮食增加、精神好转。脉象弦、舌苔薄黄。此瘟邪渐去、正气恢复之状。效不更方。嘱仍须注意饮食，忌油腻厚味、辛辣刺激食物，并需适当休息。4月5日5诊，体温37.4℃，体征基本消失，精神恢复，食纳基本正常，脉象小弦，舌质淡苔薄白，嘱停诊。家长要求再巩固1次。针耳尖、大椎、颊车、曲池，平补平泻法。4月7日6诊，复查一切正常，诸症悉除。针曲池，足三里，以善其后。

二、刘保延

痄腮《火针》

李某，女，12岁。左耳下漫肿4d伴发热，1992年4月17日来诊。患儿4d前即发现左耳下肿胀疼痛，继之出现高热，体温高达39.2℃，经肌注、口服抗生素无效而来诊。检查：左耳下漫肿，皮色尚正常，边缘不清，质地较硬，触痛。伴有张口困难，咳嗽，吐白痰，发热无汗，咽痛，纳呆，大便干3d未行。舌质红，苔黄厚腻，脉



滑数。诊断为痄腮。治疗先用大椎穴刺络拔罐放血，出血量约 2ml。再用三棱针点刺少商出血。用毫针泻合谷、尺泽，补复溜，留针 10min。最后用火针点刺左耳下漫肿部位 4 针。患儿当即可张口不觉痛甚，休息 30min 后体温瞬至 37.8℃。嘱患儿家属配合内服清热解毒之中药 2 剂，并注意多饮水。共治疗 4 次而愈。

三、贺普仁

感受时邪，毒热壅阻少阳、阳明型痄腮《针具针法》

刘某，男，17 岁。3d 来持续高热 38.5℃，两侧腮部漫肿无际，酸胀疼痛，咀嚼困难，食欲不振，大便干；小便黄赤。检查：面赤，咽红，两腮隆起，皮色不变。舌苔黄，脉浮数，呼吸急促。辨证：感受时邪，毒热壅阻少阳、阳明二经。治宜清热解毒。取穴：漫肿中心及其周围。刺法：用细火针散刺漫肿局部。1 次治疗后漫肿渐消，体温瞬至 37.5℃。共治 3 次而愈。

四、郑魁山

胃经积热，外感时邪型痄腮(腮腺炎)《郑氏针灸全集》

樊某，女，17 岁，农民。因两腮肿痛，1965 年 2 月 16 日初诊。患者 2d 前开始头痛发热、发冷，昨天发现两腮肿痛，逐渐加剧，现在咀嚼不便、张口困难，不能进食。检查：体温 38.9℃，舌红、苔薄白，脉浮数，90 次/min，两侧腮腺红肿灼热、有压痛。血常规，白细胞 11×10^9/L，中性 0.6，淋巴 0.4。西医诊断为腮腺炎；中医辨证系胃经积热，外感时邪。采用疏风清热、消肿止痛之法治之。针翳风、下关、颊车、合谷，用凉泻法，少商点刺出血。第 2 天复诊，两腮肿痛减轻，体温降至 37℃，按上述方法减去少商，又针治 1 次，治愈停诊。经同年 3 月 30 日和 4 月 20 日 2 次随访未复发。

【导读】

痄腮是由风温病毒所引起。病邪从口鼻而入，壅阻少阳经脉，郁而不散，结于腮部所引起的一种急性传染病。临床以发热、耳下腮部肿胀疼痛为主要特征。本病全年都可发生，但以冬春多见，散发为主，亦可引起流行。发病年龄以 5～9 岁小儿为多，6 个月以下的婴儿则很少发病，年龄大的儿童或可并发睾丸炎，个别病例亦可并发脑膜脑炎，但一般预后较好，患病后可获终身免疫。西医的流行性腮腺炎属于本病范畴。中医认为本病由风温病毒壅阻少阳经脉引起，足少阳之脉起于目外眦，上抵头角下耳后，绕耳而行，邪入少阳，经脉壅滞，气血流行受阻，故耳下腮颊漫肿坚硬作痛。少阳与厥阴相表里，足厥阴肝经之脉绕过阴器，若邪毒传至足厥阴肝经，故可并发睾丸肿痛；若温毒炽盛，窜入营分，陷入心包，则可发生痉厥昏迷。根据疾病轻重，临床上分为以下二型：温毒在表型，治宜疏风清热，散结消肿；热毒蕴结型，治宜清热解毒，软坚消肿。



以上医家均认为本病系由温毒侵袭少阳、阳明二经所致。故常采用放血和火针等治法，以清解热毒。

杨楣良医案：杨氏所治患儿是由于湿邪客于少阳、阳明之脉，蕴热不散，结于二腮，故症见肿胀作痛。瘟毒内袭、累及厥阴，因足厥阴之脉绕阴器，故睾丸肿痛。本症当属实热，故治疗应采用泻法，乃宗“急则治其标”之意。三棱针点刺井穴商阳、大敦出血，以清泄邪热疏导经气；泻大椎、曲池等穴，以清瘟解毒、消肿散结，审证求因，治疗合拍，故起效迅捷。

贺普仁医案：贺氏擅长采用细火针散刺痄腮漫肿中心及其周围的方法，消除局部肿胀疼痛。认为如有并发症则火针的疗效较差，应配合毫针、放血及内服中药等方法。

郑魁山医案：治疗本病的特色是手法，郑氏在患儿病变局部选用翳风、下关、颊车，用凉泻法。根据面口合谷收的理论选用凉泻法，以泻除郁于面部阳明经的热邪；少商穴采用点刺出血清泻肺胃积热，疾病痊愈。

第十一节 遗 尿

一、王秀珍

(一)肾气虚弱，固摄无权型遗尿《刺血疗法》

胡某，男，18岁，学生。患者尿床10多年，每夜尿床1次或2～3次，未有间断，晚餐进干食，亦难幸免。因长期医疗无效，思想苦恼，神疲乏力，面色少华，头昏腰酸。全身健康检查无器质性病变，查尿常规正常。1976年12月21日来刺血科治疗。诊断：遗尿症。治疗经过：取穴腰俞，针刺出血后，遗尿次数减少，8d中只尿床5次，腰酸等症状减轻。12月30日复诊刺血腰阳关。尿床次数明显减少，近20d只尿床4～5次。1977年2月10日3诊，精神振作，面色转佳，10d只尿床1次。刺血太阳。共刺血治疗4次，尿床治愈。随访9年未复发。

(二)遗尿《刺血疗法》

尚某，女，13岁，学生。患儿10岁前每周尿床3～4次，近3年来症状加重，每晚均发生尿床，面黄肌瘦。1975年3月12日来刺血科治疗。诊断：遗尿症。治疗经过：取穴腰俞，针刺出血。2周后复诊，刺血腰阳关。共刺血治疗2次，尿床控制。随访10年，未复发，身体健康。

二、梅花针

(一)肾气虚弱，固摄无权型遗尿《中国梅花针》

陈某，男，12岁，学生，1975年4月19日初诊。患者自幼遗尿，每晚1次，若晚



上喝汤水或吃西瓜则遗尿次数增多。曾服中药、针灸治疗均未收效。脸色皖白欠华，纳谷尚佳。检查：发育正常，营养中等，外生殖器呈未发育型，无畸形，尿常规检查正常。腰椎两侧可摸到泡状软性物，三阴交穴处有压痛。脉细尺弱，苔薄质淡。证属肾气虚弱，固摄无权。拟以补肾培元、升阳固摄为治。根据病证，选取腰、骶部，腹股沟，肾俞、关元、百会，阳性物处进治。采用梅花针治疗3次后，遗尿减少；经治12次遗尿消失，晚上喝汤水、吃西瓜均无遗尿。继续巩固调理1个疗程，无不适现象而停诊观察。随访1年2个月无再遗尿。

(二)脾肾两虚型遗尿《中国梅花针》

彭某，女，14岁，学生，1982年12月3日初诊。患者自幼遗尿至今，一般每晚遗尿1次，偶隔3d遗尿1次。凡劳累、饮水稍多当晚遗尿次数增多，且不自知。曾服中药、验方和针灸治疗均未收效。胃脘有时不适，嗳气，纳谷量少，大便有时稀溏，脸色皖白不华，精神欠佳，学习成绩中等。尿常规检查正常，在腰、骶部可摸到泡状软性物，胸椎5～12两侧有条索和压痛。脉细弱，舌苔薄白。证属脾肾两虚，拟以补肾健脾、固摄为治。根据病证，选取腰、骶部，胸椎5～12两侧，中脘、关元、足三里、百会、内关，阳性物处进治。采用梅花针治疗5次后，遗尿消失。继续治疗1个疗程(即15次)，遗尿不再出现。随后改用脊柱两侧，重点叩打腰部，中脘、百会，下腹部巩固治疗1个疗程，纳谷佳，大便正常，无不适感而停诊。随访观察1年疗效巩固，晚上虽喝汤水亦无遗尿。

三、邱茂良

(一)肝胆湿热型遗尿《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

吕某，男，7岁。遗尿2年余，每夜3～4次，量不多，无夜不遗。白天亦常尿失禁，尿色黄浊，面色常潮红，舌苔黄腻，脉弦滑有力。临床分析：证属肝胆湿热下注，热邪扰动下焦，而使小便失控，非肾虚所致。乃用清泄肝胆湿热之法。予服龙胆泻肝丸，同时进行针灸治疗。取穴：中极、阴跷、行间、肝俞、膀胱俞、委阳等。分为两组，交替使用，每组穴位行提插捻转泻法，留针针治1疗程(10次)后，症状明显好转。白天小便已能控制，夜间有时能起来小便，性情亦好转。乃于原法中加中髎、太溪等穴加减出入，经治3个疗程而痊愈，6个月后随访未复发。

(二)肾阳不足，元气疲惫，下元不固型遗尿《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

钱某，男，16岁，学生。遗尿已11年。主诉：5岁时因鞭炮在脚边爆炸，受到惊吓后，每天夜间熟睡后遗尿，白天无明显症状，平时精神不振，沉默少语，性格内向，学习成绩一般。面色不华，形寒畏冷，身材矮小。舌淡红，苔薄白，脉沉细。证属肾阳不足，元气疲惫，下元不固。治以补元固脬之法。取穴：关元、气海。上2穴每日施针治疗1次，留针30min，每5min以补法行针1次。得气时，针下应有热感，向



阴茎处放射。经连续治疗3次后。症状有所改善，遗尿停止。以上方继续治疗，隔日1次，每次起针后，每穴施艾条悬灸15min，连续治疗10次以巩固疗效。

（三）气虚下陷，肾气不固，膀胱失约型遗尿《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

马某，女，7岁，学生。遗尿8个月。8个月前，因患高热去医院治疗，退热后，患儿体质极弱，逐渐出现尿频及夜间尿床的现象。经其他医院多次诊疗无效，遂于今日来我院求治。自诉每晚小便4～5次，虽能起床排尿，但总有1～2次不能自醒，遂衣被尽湿。日间亦时时失神，每因咳嗽、喷嚏或下蹲时，尿液自出，或小便时，不及上厕所而弄湿裤子。检查：患儿形体消瘦，精神倦怠，腹内空虚，腰部沉重，头昏，闭目则舒。舌淡，苔薄白，脉沉细无力。证属气虚下陷，肾气不固，膀胱失约之证。治宜补肾益气。取穴：关元、气海、命门。艾盒灸，灸至局部皮肤发热、潮红为度，另针太溪、三阴交。每日1次。5次治疗后，患儿精神状态、面色均有明显好转，白天尿失禁的情况已经消失。再按原法治疗10次，夜尿次数减为每晚1次，已能自醒排尿，遗尿症状消失。

（四）肾气不足，膀胱不固型遗尿《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

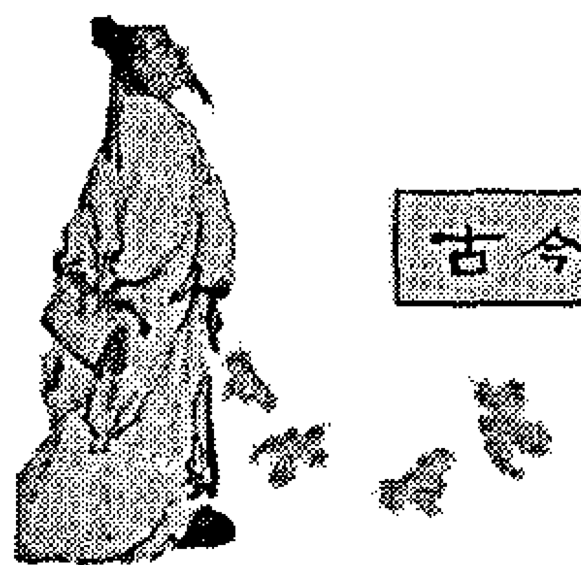
鲁某，男，11岁，学生。自幼遗尿，从未间断，每夜3～4次，虽经多方治疗，均未见效。检查：身体矮小，营养中等，未发现有明显生理缺陷。不能提供任何临床不适，否认既往病史，舌质红，苔薄白，脉滑。取穴：关元、三阴交，百会。关元针后加灸，三阴交行提插捻转补法，留针40min。另带回艾条1盒，令每晚临睡前，悬灸百会15min。经3次治疗，遗尿停止。未再复发。

（五）肾气不足，膀胱失约型遗尿《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

张某，男，14岁，学生。主诉：自幼至今，每夜遗尿，少则1～2次，多则3～4次。四季皆然，长年不辍，中西药物久治不效。检查：面色苍白，体质瘦弱，舌质淡，尺脉沉细。证属肾气不足，膀胱失约，则为遗尿。治宜补肾益气，固脬束筋。取穴：中脘、关元、合谷、足三里、三阴交。用提插捻转补法，留针40min。关元、中脘各用艾条悬灸15min。治疗后，患者即诉全身舒适。以后每日1次。共针10次，夜尿变为每日1次，且能自醒，终获痊愈。6个月后追访无复发。

（六）下元不固，膀胱失约型遗尿《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

刘某，女，18岁，职工。自幼即尿床，几乎每夜必遗，很少间断。成年后未治愈，在精神和肉体上均极为痛苦，中西药物多方治疗，有时亦可减轻，但始终未能控制。就诊时，遗尿有时连续数夜均发，有时间隔1～2d发作。身体发育正常，面色白而微浮，自觉疲劳无力，易于汗出，夜眠沉睡难醒，记忆力差，白天小便次数多而清长，口不渴，饮食一般，舌淡而胖，脉较弱。证属下元不固，膀胱失约所致。治拟温补肾阳，固脬止遗。取穴：命门、肾俞、关元、水道、足三里、三阴交。针用补法，腰腹各穴出针后加灸，每日1次，连续10次，遗尿次数明显减少，但夜眠仍极深沉。



原方去水道、三阴交，加针神门，灸百会，继针 10 次，针灸治疗期间仅遗尿 1 次，于是患者信心百倍，坚持治疗，至 30 次而完全控制，停针观察，疗效巩固。

（七）遗尿（神经性尿频）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

陈某，男，6 岁，学生。尿频 2h。下午放学后，即诉口渴，欲饮水，喝水数杯后，即去小便。晚饭后，在院子里洗完澡后纳凉，其间小便不断，平均每 10～15min 1 次，每次尿出量并不多，以至晚上无法睡觉。家长怕有问题，遂急携儿来急诊。候诊期间，竟反复去厕所数趟。孩子精神状态尚可，晚上吃饭还可以，无腹痛、腹胀、膀胱充盈等问题。西医诊断为神经性尿频。中医诊断为属于"遗溺"的范畴。急则治标，应以缩泉止尿为法。取穴：手针夜尿点（小指第一节横纹中点）、头皮针泌尿生殖区。以轻柔的捻转手法行针 5min 后，即留针 30min。留针期间，未行小便，症状似有改善，起针。又在诊所静坐 30min，仍没有去排尿，遂结束治疗，嘱有情况随诊，翌日再见其父，诉于夜安静，未见任何异常。

（八）遗尿（隐性脊柱裂）《中国百年百名中医临床家丛书·邱茂良》

哈某，男，10 岁，学生。患儿自出生即尿床，每晚 10：30 和 2：00 左右各需叫醒 1 次。睡眠深沉，睡后一般难以自醒，思想负担很大。睡眠梦多，有时梦见自己上厕所排尿，翌晨即发现被褥尽湿。在本院做 X 线摄片检查，诊断为隐性脊柱裂。临床未见其他不适。家长诉其在校学习成绩较差，上课注意力不能集中，面色萎黄；面有虫斑，舌红、苔薄白，脉濡滑略数。属遗尿症。取穴：关元、肾俞、膀胱俞，配足三里、三阴交。其中关元、肾俞、膀胱俞用艾条悬灸法，至穴位局部皮肤潮红为度，配穴用针刺的方法，手法以提插捻转补法为主，留针 30～40min。并带回艾条建议每晚睡前灸关元 1 次，每次以 20min 左右。治疗 5 次后，症状明显控制，继续治疗 1 个月左右，病情未有反复，而终止治疗。

四、田从豁

肺脾气虚型遗尿《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

阿某，女性，12 岁，国籍：几内亚。病史：患者从幼儿时即遗尿，入睡后即遗尿，每晚 2～3 次，时发时止。未系统治疗。近 2 年遗尿加重，每晚均遗尿，每夜 2～3 次，伴有精神不振，倦怠嗜卧，纳食不香，大便尚可。检查：形体消瘦，精神萎靡，舌淡苔白。诊断：遗尿（肺脾气虚）。治则：益气缩尿。治疗：取命门、膀胱俞、遗尿点、脾俞。命门、膀胱俞、脾俞用补法；遗尿点点刺不留针，用平补平泻法。疗效：针治 3 次后，夜尿次数仅为 1 次，且精神明显好转，纳食佳，针治 5 次后，夜尿变为隔日或 2d 1 次，共针治 72 次，患者夜尿除，精神好，纳食佳。

五、焦顺发

遗尿《头针》



王某，男，9岁，学生。主因：夜间尿床3年。病史：3年前发现夜间尿床，一年四季，夜夜不空。有时每夜尿2～3次，先后用中药、体针等治疗未见明显效果。选区：双侧足运感区，每天1次。疗效：针1次夜尿停止。巩固治疗3次未再复发。

六、杨甲三

肾气不足，髓海空虚，阴阳失调型遗尿《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

邹某，女，9岁，1988年8月12日初诊，患儿自去年12月始出现尿床，每夜多则3次，少则1～2次。曾到某医院诊治，给予中药10余剂，服后尿床现象有所控制，但未彻底治疗。近月来，上述症状加重，每夜尿床2～3次，呼之不醒，遂来针灸。症见精神萎靡，面色萎黄，尿少色黄，舌淡胖嫩，脉细弱。辨证：肾气不足，髓海空虚，阴阳失调。治法：补益肾气，健脑醒神，调理阴阳。针灸处方：神庭、本神、列缺、照海。四穴均用补法。神庭、本神沿皮横刺，轻刺激。留针20min，每日1次。针2次后遗尿即未发作。继针20余次，嘱服金匮肾气丸巩固之。

七、杨永璇

（一）遗尿《杨永璇中医针灸经验选》

金某，男，16岁。初诊：稚体脬气不固，自幼尿床，从未间断，每夜2～3次，夏季亦小便多而夜遗。脉缓而有力，舌润。先用通补兼施法。针灸方法：取关元（补法）、三阴交双（泻法）、用捻旋补泻法。2～7诊：连续6次，上方每间隔1d，针治1次。8诊：第15天，即间隔1d。每隔2～3d仍有尿床，此为气化摄提不固，遂频遗不禁。接用前法。针灸方法：同上。9～14诊：连续6次，上方间隔1d，针治1次。15诊：第29天，即间隔1d。尿床已大见改善，能自动起床排尿，但仍偶有尿床，足证此法虽起作用，由于下虚未摄，所以每有尿急惊醒，仍难以自制而遗尿。用温补脾肾法。针灸方法：关元、三阴交双（均补法），用捻旋补泻法。续治4次，上方每间隔1d，针治1次，症状基本痊愈，即停针。随访从未复发。

（二）遗尿《杨永璇中医针灸经验选》

崔某，女，23岁，未婚。自幼遗尿，从未间断，每夜1～2次，身体羸瘦，经常带下腰酸。有结核病史，无其他生理上缺陷发现。取穴：气海、关元、三阴交、合谷，治疗4次告痊。

（三）遗尿《杨永璇中医针灸经验选》

鲁某，男，11岁。遗尿自幼未间断，每夜3～4次。身体营养中等，无其他生理上缺陷发现。取穴：关元、三阴交，治疗3次，遗尿停止。

（四）遗尿《杨永璇中医针灸经验选》

金某，女，12岁。每夜遗尿1次，自幼迄今未间断。1953年头部跌伤，经常头

晕眼花，常有作呕，有时日间也小便失禁，身体瘦弱。取穴：关元、三阴交。治疗2次，遗尿停止。

八、于书庄

（一）下元虚冷、中气不足型遗尿《于书庄针灸医集》

史某，男，18岁，1975年9月15日初诊。病史：尿床15年。一夜数次，天冷劳累尤甚，睡眠深沉，但尿后尚能醒转。检查：舌质淡，苔白，脉沉。辨证：证系下元虚冷、中气不足。治法：治以温补脾肾。治疗经过：关元，针加灸；针足三里、三阴交（双侧），用热补法（即进针得气1～2min后徐徐将针刺入应刺的深度）。隔日1次，共治疗4次。当年11月6日随访，自针灸后未尿床。

（二）下元不足，膀胱失约型遗尿《于书庄针灸医集》

李某，男，8岁，1975年9月11日初诊。病史：自今年春节开始尿床，每夜1次，尿后不醒。检查：舌质淡，苔白，脉沉细。辨证：证系下元不足，膀胱失约。治法：治以温肾醒神。治疗经过：关元，针后加灸；三阴交、神门（双侧）。共治疗3次，1975年10月21日随访，自针灸后已月余未尿床。

（三）脾肺气虚，摄纳无权型遗尿《于书庄针灸医集》

魏某，女，11岁，1975年10月27日初诊。病史：尿床8年，时好时犯。近来天天尿床，尿后不醒，食欲不振。检查：舌质淡、苔白滑，脉沉。辨证：证系脾肺气虚，摄纳无权。治法：治以补益脾肺，温补下元。治疗经过：关元，针加灸，针三阴交、足三里（双侧）用热补法，针中脘。共治疗4次，停针观察月余未尿床。

九、郑魁山

肾气不固，膀胱失约型遗尿《郑氏针灸全集》

田某，男，18岁，农民，1965年4月初诊。自幼遗尿，每夜2～3次，从未间断，冬季或天冷有时1夜4次，曾经中西医各种疗法医治，未见明显效果。因为有这种病，自己也不敢找对象。检查，身体营养一般，未发现生理缺陷，面色无华，舌质淡、苔薄白，脉沉细。证系肾气不固，膀胱失约。采用培元补肾，约束膀胱之法治之。先针中极、三阴交用热补法，使热感传到小腹和足趾，配百会用补法。第1次治疗后，夜间仅遗尿1次，针治8次后遗尿消失，1965年10月随访未复发。

十、任守中

肾气不固，膀胱失约型遗尿《中国当代针灸名家医案》

李某，男，13岁，1982年8月24日初诊。主诉：自幼经常尿床。病史：患儿年已13岁，仍不能于夜间睡眠中自己起来解小便，因而经常尿床，每夜尿床2～3次，常有自卑感。既往身体健康。检查：腹软，无压痛，脊柱检查未见异常。舌苔薄白，



脉沉细无力。诊断：遗尿，肾气不固型。治疗：补肾益气，固涩小便。取穴：中极、关元、百会、三阴交。操作：毫针刺，百会穴用平补平泻手法，余穴均行捻转补法，留针20min。每日1次。患儿于针刺治疗后，当晚即未再尿床，而且能于睡眠中醒来自己解小便。按上法共针治5次，一直无尿床现象出现，而告痊愈。随访至今未复发。

【导读】

遗尿又称遗溺、尿床，是指5周岁以上小儿不能自主控制排尿，经常睡中小便自遗，醒后方觉的一种疾病。本病的记载首见于《黄帝内经》，并提出相应的治疗方法。《诸病源候论》专列"遗尿候"。小便正常的排泄，有赖于膀胱和三焦的气化功能，而三焦之气化，又与肺、脾、肾等脏有关。故遗溺的发生多与肾气不足，肺脾气虚，肝经湿热致膀胱失约有关。此外，某些儿童，素有痰湿内蕴，入睡后沉迷不醒，呼叫不应，也常遗尿。亦有小儿自幼缺乏教育，没有养成夜间主动起床排尿的习惯，任其小便于床，久而久之，而形成习惯性遗尿。有或因蛲虫感染，刺激尿道，造成小便自遗。遗尿的治疗原则应根据寒热虚实的不同而采用不同的方法。因下元虚寒者，治以温补肾阳为主；因脾肺气虚者，治以益气健脾为主；因肝经湿热者，治以清肝泄热为主。针灸治疗遗尿，《灵枢·本输》有"遗溺则补之"的记载。以后《针灸甲乙经·卷九》有"遗溺，关元及神门、委阳主之……，虚则遗溺，石门主之……遗溺，鼠溪痛，小便难而白，期门主之"等记载。在《千金翼方·卷二十七》、《针灸资生经·小便不禁》、《针灸大成·阴疝小便门》中均有记述。

上述医家所治遗尿病例有些患者由儿童延至成年，故一并在儿科病证中讨论。针对不同原因所导致的遗尿，各医家采用了升提、补益、固摄、驱邪的治病思路，方法涉及毫针、灸法、皮肤针、头针、刺血等。

王秀珍医案：王氏根据中医认为肾主纳气，肾气不足，不能约束尿窍故而遗尿，西医认为是由于患儿大脑皮质及皮质下中枢的功能失调所致的理论，选穴腰俞、腰阳关刺血，认为腰俞、腰阳关近邻膀胱，又位于督脉，局部取穴调节膀胱功能，督脉上络于脑，刺血可能调节大脑皮质兴奋与抑制，调节大脑皮质及皮质下中枢的功能，使遗尿痊愈。

钟梅泉医案：钟氏指出梅花针对遗尿疗效显著，临床发现本病患者多在腰、骶部可摸到泡状软性物或结节、条索，髂嵴部有条索，胸椎5～12两侧有条索及压痛，小腿内侧于三阴交处有压痛，部分患者腰椎2至骶椎2两侧和少腹部皮区的皮肤温度偏低，有发凉感觉的规律。在治疗中对于肾气虚弱患者，拟以补肾助阳为治。选穴：腰骶部、下腹部、腹股沟、中脘、百会、三阴交、肾俞、阳性物处。对于脾肾两虚患者，拟以健脾补肾为治。选穴：胸椎5～12两侧、腰骶部、阳性物处、下腹部、脾俞、肾俞、足三里、内关、百会。对于遗尿及其他症状基本好转者，选穴：脊柱两侧、重点叩打胸椎5～12两侧、腰部、下腹部、百会、中脘、小腿内侧、阳性物处。对于兼



症①尿频尿急者重点叩打腰部、下腹部、关元、肾俞、百会。②精神倦怠，肢冷畏寒者，重点叩打腰部、大椎、肾俞、中脘、气海、足三里。③遗尿频作，且尿床后不自知者，重点叩打神门或内关、心俞、大椎。④腹泻腹胀、肠鸣纳呆者，重点叩打胸椎5～12两侧、上腹部、中脘、足三里。⑤易感冒、咳嗽者，重点叩打太渊、肺俞、肾俞、胸椎3～12两侧、足三里。一般采取轻刺激或中等度刺激手法。在阳性物及阳性反应区则采用较重刺激。但西医诊断为隐性脊柱裂，泌尿道畸形，大脑器质性病变等造成的遗尿，应尽早去除病因。

邱茂良医案：邱氏采用针灸治疗各类型遗尿症均取得良好疗效。邱氏在临床中观察到遗尿的病证可分为两种，一类是皮层抑制过深，患者一般入睡深沉，不易唤醒，甚至遗尿也不自知，应选用百会、印堂、神门为主穴。另一类是病在膀胱，膀胱壁对尿液压力的感受力减低，这样的患者睡眠并不深，因感觉不到排尿而遗尿，治疗时应选用中极、阴陵泉、三阴交等为主穴。临床应根据患者辨证不同而有所变化。其病例①为实证，病发于5岁左右，并见湿热征象，故治当清利湿热。中极配以中髎，远取行间、委阳，乃清利下焦湿热之要穴，可清涤停滞膀胱的湿热，邪去而夜自宁，湿热退则膀胱气化自顺，遗尿得除。病例②遗尿的主要原因是肾气不足，膀胱失约，选用关元、气海为治疗遗尿之要穴。他在临床上常运用“椎阳气入内交”的提插补法，并且针后加灸，可起补益肾气，固脬止遗之效。病例③辨证为气虚下陷，肾气不固，膀胱失约型遗尿，治疗穴关元、气海、命门艾盒灸至局部皮肤发热、潮红为度，配合针太溪、三阴交。治疗后能自醒排尿，遗尿症状消失。病例④患者临床无症可依，难以辨证，往往对病情难以把握，邱氏的体会是从肾气不足，膀胱不固论治而收效。病例⑤辨证为肾气不足，膀胱失约型遗尿，取穴中脘、关元、合谷、足三里、三阴交提插捻转补法，关元、中脘各用艾条悬灸，终获痊愈。例⑥辨证为下元不固，膀胱失约型遗尿，取穴命门、肾俞、关元、水道、足三里、三阴交针用补法，腰腹各穴出针后加灸，但仍夜眠深沉，原方去水道、三阴交，加针神门，灸百会而愈。例⑦诊断为神经性遗尿，邱氏采用手针夜尿点（小指第1节横纹中点）、头皮针泌尿生殖区，一次告愈。邱氏认为遗尿患者大多伴见程度不等的“隐性脊柱裂”，说明其与先天发育不良有一定的关系。目前一般认为针灸治疗发育不良性疾患效果并不理想，但对遗尿却能取效，控制症状，值得进一步研究。所治病例⑧西医诊断为隐性脊柱裂所致遗尿，取穴关元、肾俞、膀胱俞艾条悬灸法，至局部皮肤潮红为度，配足三里、三阴交用针刺提插捻转补法为主，并嘱患者每晚睡前艾条灸关元后症状明显控制。

杨永璇医案：杨氏指出针刺治疗夜尿，疗效颇高，有效率往往可达95%以上。取穴以关元、三阴交为主，可加配气海穴。关元穴为关乎元阴元阳的部位，针刺关元可固摄肾精。三阴交为肝、脾、肾三经的交会穴，本病发生多与肾气不足、肺脾气虚、肝经湿热致膀胱失约有关，针刺三阴交穴可调摄肝、脾、肾三经经气，两穴合用



可促进疾病痊愈。杨氏认为夜尿症原因复杂,临床上顽固病例甚多,家长护理得当与患者快速痊愈有直接关系。

于书庄医案:于氏在临床也以关元和三阴交穴为主治疗遗尿取得良效。于氏认为本病以虚证为主,故治以温补。关元穴针灸并用,针三阴交(双侧)。遇寒则甚者,灸关元尤为重要;遇劳则甚者加足三里以补脾气;纳呆者加中脘、足三里以补脾益气,开胃进食,尿后不醒者加神门穴以醒神。

任守中医案:患儿辨证为肾气不固,膀胱失于约束所致。补关元以补益下焦元气,且能益肾气;取中极以加强膀胱约束功能;取三阴交以培补三阴之真气;取百会旨在益智安神。下元充实,肾阳振奋,膀胱约束有力,遗尿自止。

田从豁医案:田氏所治患儿遗尿时间较长,"久病伤气",患儿伴有倦怠乏力,食欲不振等脾虚之证。脾为后天之本,脾虚中焦失于健运,不能化生五谷精微以润养五脏六腑、四肢百骸,致肺气亦虚,肺为水之上源,肺气虚则膀胱摄纳失司而致尿遗。故治疗以益气健脾固摄膀胱为法。取命门补下焦元气,脾俞益气健脾,膀胱俞调畅气化功能,共奏补益固摄之效,更加遗尿点经验取穴而显效。

杨甲三医案:杨氏治疗病例辨证为肾气不足,髓海空虚,阴阳失调,因神庭为足太阳、足阳明、督脉之会,本神为足太阳、阳维之会,针补神庭、本神,以醒神而健脑。列缺通于任脉,照海通于阴跷,二穴为八脉交会相生配穴。列缺又为肺经络穴,取金能生水之意,以补肾气。四穴合用,以补阳制阴,健脑醒神。脑髓充盛,神清肾旺,阴阳调和,则遗尿治愈。

第十二节 小儿惊风

一、杨继洲

惊风《针灸大成》

辛未岁,浙抚郭黄崖……公子箕川公长爱,忽患惊风,势甚危笃。灸中冲、印堂、合谷等穴各数10壮,方作声。若依古法而只灸3～5壮,岂能得愈?是当量其病势之轻重而已。

二、费久治

热伤津液,肝风内动型小儿惊风(流脑)《古今针灸医案医话荟萃》

王某,女,6岁,1967年6月9日初诊。代诉:2d来发热头痛,今晨呕吐不止,抽搐数次,高热,项强,闭目,腿强直,时有屈膝,躁动,神志不清,不食不哭,便干尿黄量少。检查:脉洪数,舌红苔黄。经县医院诊为"流脑",白细胞 360×10^9/L (360 000/mm^3),家长拒绝腰穿,抱儿归家。晚19:00时许邀余往诊。观脉证属外



感时邪，阳明里热，热极灼伤津液，热动则肝风内动。治疗清热熄风为主。穴取百会、大椎、涌泉、内庭、后溪、申脉、尺泽（放血数滴）、十宣出血、脑静、太冲（重泻）。针后2h抽搐见止。随后按子午流注纳子法取穴针治，1夜共针6次，寅时见哭，辰时热退，巳时能进食，申时能起立行动，次日痊愈。1年后随访，患儿聪明伶俐，至今健康无恙。

三、郑魁山

外感实邪，入内化火，热极化风型惊风《郑氏针灸全集》

李某，男，2岁。其母代诉：患儿感冒高热，咳嗽，2d后突然四肢抽搐，持续不止已0.5d。检查：体温40.1℃，神志昏迷，两目上视，牙关紧闭，角弓反张，颈项强直，四肢抽搐，口唇和三关纹青紫。证系外感实邪，入内化火，热极化风。采用祛邪清热，开窍醒神，熄风镇痉之法治之。先针人中，向鼻中隔斜刺，以泪出为度，合谷，向两掌骨之间斜刺，配风府、大椎、后溪、申脉用泻法，十宣、大敦点刺出血，针后抽搐停止，观察2h，未抽搐，体温降至38℃。为巩固疗效，每日1次，连续针治3d未再抽搐，体温降至正常。

四、李绰成

急惊风（乙型脑炎后遗症）《中国当代针灸名家医案》

向某，男，3岁，1978年10月初诊。家长代诉：高热，神昏，瘫痪2个月。病史：患者当年8月突发高热，呕吐，神昏，抽搐，经某医院诊断为“乙型脑炎”收入院治疗，高热稍降，余症未减，转入我院住院治疗。检查：面色晦暗，神志不清，失语，失听，舌謇，口眼右㖞，二便不知，阵发性抽啼，表情苦于头痛式，项肢皆瘫。体温：38℃。诊断：急惊风（乙型脑炎后遗症）。治疗：疏调督脉，清热解毒，镇痉宁脑，通经活络。发热2个月未退，为余邪未尽，先清热解毒，镇痉宁脑，投紫雪丹5g（1钱），分4次服，每日3次，15d后热退神清。取穴：百会、风府、大椎、身柱、筋缩、腰阳关。配穴：臂丛点、桡神经沟点、上劳宫、肩髃、委中、足三里。操作：毫针刺法。按症用穴，均捻转提刺，快速进针、出针，不留针。经3次针刺，颈无力已愈。10次治疗后，右侧软瘫恢复正常。2个月后左肢可行，左上肢外翻强直改善，能呼解二便。6个月后可步行1～1.5km。10个月后，活动自如，惟力量见差。14个月后痊愈出院。1980年随访，病儿体壮，发育良好，智力正常。

【导读】

惊风又称“惊厥”，民间亦称“抽风”，临床上以抽搐或伴神昏为其特征。一般以1～5岁婴幼儿为多见，年龄越小，发病率越高，7岁以上则逐渐减少。其病势突然，来势凶险，变化迅速，往往威胁小儿生命，为儿科危重急症之一。正如《幼科释迷》所云：“小儿之病，最重惟惊。”惊风可由多种原因引起，但以外感时邪，内蕴痰热及



大病久病之后，脾虚肝旺，肝肾阴亏为其主要发病因素。根据本病病变性质不同，其病来势有急有缓，有虚有实，故将惊风分为急惊风与慢惊风两大类：急惊风发病大多暴急；慢惊风一般多由久病而来，也可由急惊风转变而成。若慢惊风进一步发展，病久延绵不愈，阳气衰败，虚风内动者，则称"慢脾风"，是慢惊风中的危重证候。惊风治则：急惊风以疏风清热、开窍豁痰、平肝熄风、安神镇惊为主；慢惊风以温中健脾、温阳逐寒、育阴潜阳、柔肝熄风为主。

上述医家所治病例均为急惊风。治疗以清热熄风，镇静安神为主。但对于乙型脑炎后遗症的治疗李绰成医师的经验可以借鉴。

明代医家杨继洲采用灸法治疗本病，非常重视施灸量与疗效的关系，认为"病有浮沉，刺有浅深"，所以施灸亦有大小多寡，主张针对所治病例因病益损，防止太过或不及的失误。如果病重而且病位深而灸少，灸火不足，力不胜邪，白受炮烙，若病浮而灸多，灸火太过，则邪反从之，徒伤皮肉，对于病情亦无益。

费久治医案：费氏认为所治病例虽属意外偶拾，从此深知针灸对急症亦有很好的疗效，如此重症仅一昼夜竟获痊愈是胆大心细的结合。费氏根据患者的临床表现采用清热熄风法获效，穴取百会、大椎、涌泉、内庭、后溪、申脉针刺，配尺泽、十宣放血与脑静穴而加强疗效，后用纳子法补虚泻实，使正盛邪衰。治疗特色是除了常规的急救穴位外，还按照时间针灸学的原理，通过不同时辰，不同穴位的运用达到治疗目的。子午流注针法现在临床应用较少，应该发掘、利用和发扬。费氏所用近人治疗流脑的有效穴脑静穴，在目内眦角直上 2～3 分，眼眶边缘外指压凹陷处，针刺 1 寸，只捻转不提插，针感应强烈，久留针，长者可达 12h 以上，每隔 5～10min 运针 1 次。

郑魁山医案：郑氏治疗本病先针人中，向鼻中隔斜刺，以泪出为度达开窍醒神的目的，针合谷，向两掌骨之间斜刺，配督脉风府、大椎、八脉交会穴中通督脉的后溪、申脉用泻法，同时选用十宣、大敦点刺出血共同达到祛邪清热，熄风镇痉的作用。

李绰成医案：李氏指出本类病症可见痰、热、惊、风 4 证；搐、搦、掣、颤、反、引、窜、视 8 候。久则正不胜邪，阴气被伤，经筋失其濡养，遂见四肢瘫痪，口歪面斜，失声、失听、痴呆等候。本病例因温邪内陷，壮热不解，热毒伤阴，痰火壅塞，导致清窍被蒙，神明失聪，十二经经气厥逆，窍络受阻。他据《针灸甲乙经・太阳中风感于湿发痉第四》云："热而发痉，腰反折，瘛疭，齿噤介"。《灵枢・经筋篇》"经筋之病，寒则反折筋急，热则筋弛纵不收"。《素问・至真要大论》曰"诸痉项强，皆属于湿，诸暴强直，皆属于风"。清・吴鞠通《温病条辨》所论："温热是阳气弛张，温胜为热，温疫为厉气流行，多兼秽浊，温毒为诸温夹毒，秽浊太胜也"。分析所治病例是由于外邪先伤卫气，入于太阳，干于督脑，久热伤阴，营血失养，髓海、经气、经筋受热毒侵侮所致。治疗应以疏调督脉为主，佐以清热解毒，镇痉宁脑，通经活络之法，取穴：



百会、风府、大椎、身柱、筋缩、腰阳关。配穴：臂丛点、桡神经沟点、上劳宫、肩髃、委中、足三里。故取得很好的疗效。在治疗中把臂丛点、桡神经沟点作为刺激部位，也是本病例的特色，值得借鉴。



第3章 皮外骨伤科病证

第一节 蛇 串 疮

一、周德宜

湿热俱盛型蛇串疮(带状疱疹)《古今针灸医案医话荟萃》

吴某,男,16岁,学生,1981年6月15日初诊。患者于1周前发现右侧乳下自胸正中线至脊椎部,有针尖和米粒样大小之皮疹10余个,很快增多,串连成带状密集水泡,宽约3.5寸。曾在某医院治疗,用过氟轻松(肤轻松)软膏、红霉素软膏、紫药水、板蓝根针剂等药物,均未获效,转来我科治疗。现患处水泡已多数如绿豆至黄豆样大,顶端光亮,根底红肿,内充乳色混浊液,疼痛较剧。此乃湿热之毒蕴结皮下,发为蛇丹。拟予针刺薰灸以活血化瘀、燥湿解毒治之。治法:①取穴为大椎、委中(双侧)、曲池(双侧)、三阴交(双侧)。手法:大椎用泻法,其余各穴均用平补平泻。均留针15min,中间运针2次。②薰灸以艾绒置于长盒薰灸器中点燃,薰灸患处20min。③薰灸前局部用酒精消毒后,以三棱针破水疱放水。6月16日2诊,经治疗后,疼痛立即减轻,水疱缩小,部分干瘪,根脚红晕消散大半。疗效显著,继用上法施治。6月20日3诊,现水疱全部干瘪结痂,不痛,稍有痒感,戒其不可手抓,可用酒精搽之以止痒,候其脱痂即愈。仅住5d即痊愈出院。

二、刘保延

(一)气血虚弱型蛇串疮(带状疱疹)《火针》

张某,男,64岁,1994年4月2日初诊。主诉:右侧胸、胁、背部疱疹15d,伴剧



烈疼痛。疱疹出现前1周，局部皮肤疼痛，其后出现上述部位丘疱疹，逐渐变成大疱，疼痛剧烈，不能平卧，严重影响睡眠、食欲。大便曾干燥，服用有关的中药后基本正常，但疼痛不减轻，气短，懒言。检查体：见大疱疹成堆，从右侧前胸一直漫延至脊柱，泡液呈清稀脓样，面色不华，脉沉细无力，舌淡苔薄白。诊断为蛇串疮。给以火针治疗。先用粗火针点刺最后出现的腋下和前胸部位的疱疹群，再刺疼痛最明显的后背部的疱疹，用干棉球挤压出泡液，于其上拔火罐3个，出脓血液约10ml，留罐10min后，缓慢起罐，清洁皮肤，用火针再刺拔罐后的血泡，挤出泡液，清洁消毒后用消毒纱布覆盖，胶布固定。患者当时自觉疼痛明显缓解。再卧位用毫针刺中脘、气海、足三里，留针30min。次日就诊，疼痛已经消除80%，已能入眠。刺过的皮疹已经消除，用上法再刺其余的疱疹，毫针刺同上。3次治疗后皮疹已经全部消除、结痂。自觉仍气短懒言，食欲不振，腋下、右乳部位麻痛，但可以忍受。其余部位发痒。火针点刺疼痛部位和相应的夹脊穴，痛处针后拔火罐，又针3次后，诸症消除而痊愈。

(二)阴虚型蛇串疮(带状疱疹后遗症)《火针》

王某，男，70岁，1992年3月15日初诊。主诉：左前额及左头部疱疹后疼痛1年余。1年前左前额及左头部出现疱疹，疼痛剧烈，经当地医院皮肤科诊断为带状疱疹，给予中、西药物等治疗10余天后，疱疹消除而遗留局部疼痛，经多方治疗效果不明显。现疼痛剧烈，呈抽痛、刺痛，以夜晚为甚，严重影响睡眠。生气、寒冷刺激可加重。纳可，二便正常。舌红少苔，脉细涩。局部可见疱疹后色素沉着斑。诊断为带状疱疹后遗神经痛。先用毫针刺风池、三阴交、太冲、大椎，留针30min，再用中粗火针散刺疼痛局部，以透皮为度。经上方3次治疗后疼痛基本消除。

三、钟梅泉

(一)脾胃湿热，侵淫肌肤，脉络受损型蛇串疮(带状疱疹)《中国梅花针》

陈某，女，54岁，工人，1985年11月26日初诊。6d前，右侧背部及肋部感觉疼痛，继而出现红斑和疱疹，如绿豆大小，聚集成簇，沿肋间排列，发痒作痛。夜难入睡，神倦乏力，纳差，腹胀。曾在某医院皮肤科诊治，服中药、搽药膏，症状未减，故来我院就诊。检查：从右侧胸椎7～8肋间至前胸剑突皮区，可见数簇浅红色疱疹，少数溃破渗液。在胸椎7～12右侧有条索及压痛。脉缓滑，苔白腻舌体胖。证属脾胃湿热，侵淫肌肤，脉络受损。拟以健脾利湿，解毒止痛为治。根据病证，选取胸椎5～12两侧、患部密刺、阳性物处、足三里、三阴交、血海、曲池、合谷、支沟进治，采用梅花针治疗2次后，疼痛减轻大半，部分疱疹已干涸结痂，经治疗6次后，疼痛消除，疱疹结痂脱落，夜寐转安，惟患部有时发痒感，按原方继续治疗2次，症状全消。再巩固调理治疗2次，无不适感而停诊，随访观察8个月疗效巩固。



(二)余毒未尽,气滞血瘀型蛇串疮(带状疱疹后遗症)《中国梅花针》

代某,女,50岁,工人,1988年9月8日初诊。1.5个月前患带状疱疹。开始于右侧乳房至背部起红色疱疹,呈带状排列,剧烈疼痛,经服中药,外敷药膏,理疗,针灸等疱疹渐退,症状未减,患部疼痛持续不断,痛如针刺,呼吸、咳嗽加重,夜里痛甚,妨碍睡觉,每天要服几次止痛片。性急心烦,口干不思饮,胃纳不佳。检查:右乳房区及肋间疱疹大部分已结痂,患部留淡褐色色素沉着,触痛明显,并有压痛点,在胸椎5~10右侧皮区有条索和压痛。脉细弦,苔薄质暗。证属余毒未尽,气滞血瘀。拟以活血化瘀,行气止痛,清解余毒为治。根据病证,选取胸椎3~10两侧、患部密刺、阳性物处、支沟、阳陵泉、膻中、肺俞、肝俞进治。采用梅花针治疗1次疼痛明显减轻;治疗2次后,止痛片停服,患部疼痛偶作,夜寐转安;治疗7次后疼痛未再出现,胃纳佳,二便如常,患部皮色恢复正常。继续巩固调理4次,无不适感而停诊。随访观察5个月一切均正常。

四、田从豁

邪留肌肤,阻滞经络型蛇串疮(带状疱疹后遗症)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

郁某,男,76岁,1998年10月初诊。患者主因"右额及右眼区疼痛1年余"前来就诊。患者1年前感冒后出现右额及右上睑带状疱疹,当时由于临床症状较重,被收入北京市某大医院住院治疗,主要采用止痛药及局部理疗,1个月后疱疹结痂脱落而出院。但此后遗有右额及右眼疼痛,疼痛呈持续性,阵发性加剧,伴局部紧皱感,右眼干涩,疼痛较剧时常常影响睡眠,由于该病的侵扰,患者情绪急躁,形体消瘦。就诊时所见:右眉上约3cm×5cm的皮损瘢痕,触摸之疼痛加重,右眼巩膜轻度充血,舌质暗红,脉弦。诊断:中医,蛇串疮后遗症;西医,带状疱疹后遗症。立法:活血祛瘀止痛。治疗:①攒竹、太阳、大椎三棱针点刺放血,每周3次。放血量每穴2~3滴。②毫针皮损周围围刺配合谷、外关。每周3次。疗效:1诊后患者即诉疼痛减轻,自己形容约去1/2。5诊后疼痛明显缓解,但仍觉局部发紧,予艾灸器于皮损局部施灸。10次后疼痛基本消失,停止治疗。

五、李　鹭

火毒内蕴型蛇串疮(带状疱疹)《中国当代针灸名家医案》

张某,女,40岁,教师,1982年5月25日初诊。主诉:左侧腰髋部刺痛20d。病史:1982年5月4日突发左侧腰胁及小腹部皮肤焮热刺痛,继起疮疹如珠串。皮肤科诊为带状疱疹,历10d消退,仍遗灼痛刺痛感不减,触之刺痛尤甚。常服索米痛片等止痛药,外敷黄连膏等多种止痛膏以及自行局部热敷均不见效。现刺痛连绵,无休止时,转求针治。检查:面黄微赤,表情苦闷焦躁,撑臂护腰胁。左胁下、腰部



及小腹部有落痂痕，皮肤潮红，局部拒按摸，触痛若针刺。痛无休止，坐立不安，舌边潮红，苔薄微黄，脉弦细而数。诊断：缠腰火丹（带状疱疹），火毒内蕴型。治疗：泻火解毒，疏经止痛。取穴：足临泣、带脉均左侧。配穴：五枢、维道。操作：针刺足临泣，得气后施捻转泻法，感传至阳陵泉下，刺带脉沿皮下透针向五枢、维道，平补平泻手法捻转，使麻胀感扩散至病变的皮部。初诊：留针20min，每隔5min捻传1次，出针后，麻胀感仍存留60min许，刺痛感减轻。2诊：第1次针后止痛0.5d，后复发如初。仍照原方法施针，当即刺痛缓解。3诊：小腹部已敢触摸，仍腰胁刺痛感，继按原方法刺之后，左侧胁腰亦止，已不拒触按。4诊：自觉症状消失，触摸无刺痛，两昼夜未复发，能左侧入睡。共治疗3次，临床治愈。

六、宋正廉

湿热蕴结型蛇串疮（带状疱疹）《中国当代针灸名家医案》

蔡某，女，56岁，外国专家，1989年4月6日初诊。主诉：胸背烧灼痛已2d。病史：1989年4月2日感觉发热、咳嗽，服感冒片后发热减轻。4月4日右侧胸至背红色疱疹簇集，烧灼痛难忍，服止痛片及消炎药无效，并继续出现红色疱疹，恶寒，胃纳差。检查：面色黄，舌质红，苔黄腻，脉浮数。体温37.6℃，右背七肋及其下缘至胸前呈带形鲜红色小疱疹簇集，挟有少数黄豆大的水疱，皮肤暗红。诊断：缠腰火丹（带状疱疹），湿热蕴结型。治疗：清热利湿，解毒化瘀。取穴：曲池、大椎、阳陵泉、血海。操作：平补平泻手法，每日针1次。同时在疱疹周围好的皮肤上以梅花针扣刺。新的疱疹次日未见再起，皮肤由鲜红变为暗红，水疱在吸收，连针4d，疼痛消失，疱疹结痂干燥，1周即痊愈。

七、欧阳群

湿热内蕴型蛇串疮（带状疱疹）《中国当代针灸名家医案》

李某，女，53岁，干部，1937年5月3日初诊。主诉：胸胁部疱疹累累3d余。病史：患者左胸胁部刺痛1d，翌日该处皮肤灼热，继而疱疹累累如串珠，呈带状密集排列，烧灼刺痛难忍，不敢深呼吸，伴心烦口苦，咽喉干燥。3昼夜未寐，经内服消炎镇痛剂及外敷药膏（药物不明）、痛楚未减。检查：躁动不安，面黄微赤，撑臂护胁，舌边潮红、苔薄微黄，脉弦细数。左4、5肋间区内皮肤见大小不等密集成串小疱疹，疱呈黄色透明，尤左胸前较多。诊断：缠腰火丹（带状疱疹），湿热内蕴型。治疗：清热解毒，活络止痛。取穴：厥阴俞（左）、阳陵泉（左）。操作：取左侧厥阴俞，用28号毫针进针1.5寸，针感沿痛区传导到胸前，行捻转泻法约3min，留针20min，以厥阴俞为中心，局部并加红外线照射20min。配左侧阳陵泉穴，泻法行针2min。治疗后疼痛锐减。每日1次，3次疼痛消失，1周治愈，无残留痛，追踪随访2年未复发。



八、罗诗荣

风火毒邪型蛇串疮(带状疱疹)《中国当代针灸名家医案》

陈某,男,31岁,工人,1984年5月8日初诊。主诉:右胸腹剧烈疼痛42d。病史:患者于2d前开始右侧胸部疼痛并逐渐向腰腹部延伸,痛痒异常。检查:神志清楚,右腹部如米粒大小的两簇密集豆疹从右侧腹部向腰背延伸,局部皮肤压痛(+)。诊断:蛇丹(带状疱疹),风火毒邪型。治疗:调和营卫,活络止痛。取穴:蛇眼、蛇尾。操作:采用麦粒灸。在最初发的疱疹首端,找寻水泡较密集的左右2处,俗称"蛇眼"穴上和在疱疹延伸尾端前后1~2处的俗称"蛇尾"穴上,常规消毒后,搽以蒜汁,各放麦粒大小的艾炷点燃后施灸,医者用口对准艾炷微微吹风,速燃艾火(泻法),当病人感到灼痛甚时即用镊子将艾炷夹去。这样按先眼后尾顺序灸治3壮即可。按上法用麦粒灸蛇眼、蛇尾各3壮,并用艾条局部熏灸15min,灸后当晚痒痛均减。第2天疱疹不再延伸,继续艾条熏灸15min。第3天已见水疱开始焦头,刺痛已消,至第5天疱疹结痂脱落痊愈。

九、赵尔康

火毒袭络型蛇串疮(带状疱疹)《中国当代针灸名家医案》

张某,女,52岁,1958年9月18日初诊。主诉:左腰肋间发现绿豆大水疱,呈索带状排列2d。病史:患者缘于2d前无明显诱因,出现左腰肋间疼痛,红赤,继之出现绿豆大水疱,呈索带状排列。伴有轻度发热、口渴、心烦、失眠、小便黄赤,故来就诊。检查:神志清楚,面色润泽,形体中等,行动自如,浅表淋巴结无肿大,心肺正常,肝脾肋下未触及,生理反射存在,病理反射未引出。患处红赤,有多个绿豆大小的水疱。触之皮肤发热。舌质红苔黄,脉弦数。诊断:缠腰火丹(带状疱疹),火毒袭络型。治疗:清理邪热,泄火解毒。取穴:神门、太冲、阳陵泉、少冲、大敦。操作:针刺用泻法,采用徐疾补泻。配以少冲、大敦用三棱针点刺出血。每日1次。19日复诊,患处刺痛大减,热退,口渴,心烦、失眠均好转,舌稍红,苔微黄,脉略弦。再予针泻神门、太冲、阳陵泉,连续治疗5次,上述诸症悉除。

【导读】

蛇串疮是皮肤上出现成簇水疱,呈身体单侧带状分布,痛如火燎的急性疱疹性皮肤病。发病时皮肤上出现红斑、水疱或丘疱疹,累累如串珠,排列成带状,沿一侧周围神经分布区出现,局部刺痛。多数患者愈后很少复发,极少数患者可多次发病。好发春秋季节,四季皆有。好发于成人,老年人病情尤重。本病好发于胸胁部,故又名缠腰火丹,亦称为火带疮、蛇丹、蜘蛛疮等,西医的带状疱疹归属于本病范畴。本病由于情志内伤,肝气郁结,久而化火,肝经火毒蕴积,夹风邪上窜头面而发;或夹湿邪下注,发于阴部及下肢;火毒炽盛者多发于躯干。年老体弱者,常因血



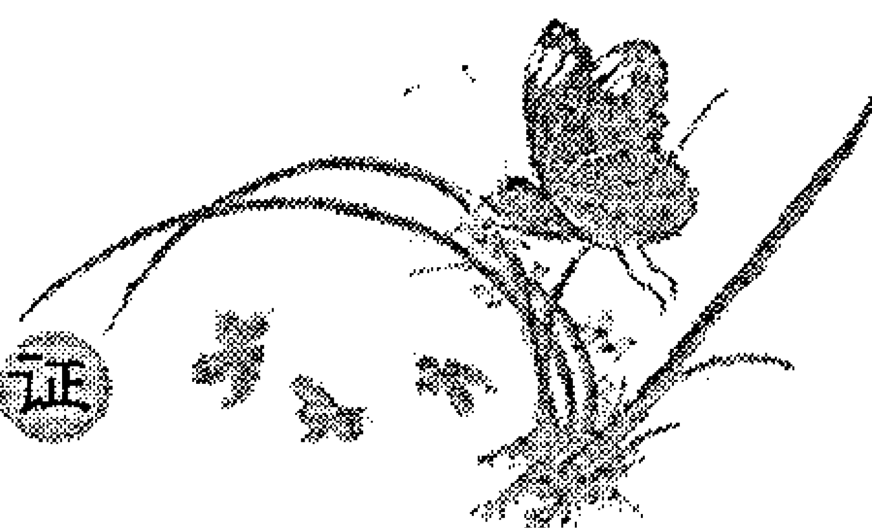
虚肝旺，湿热毒蕴，导致气血凝滞，经络阻塞不通，以致疼痛剧烈，病程迁延。总之，本病初期以湿热火毒为主，后期是正虚血瘀兼夹湿邪为患。以清热利湿、行气止痛为主要治法。初期以清热利湿为主；后期以活血通络止痛为主；体虚者，以扶正祛邪与通络止痛并用。

本节所选医案的主治医家均认为本病因风火毒邪侵袭经络所致，但治疗有毫针、火针、灸法、刺血、梅花针、拔罐等，方法各异。

周德宜医案：周氏认为本病为湿热俱盛，刺大椎用泻，泻诸阳之热毒，取三阴交用补，培三阴之阴液。配曲池解表以散外邪，利湿以清里热。且《备急千金要方》称曲池穴能治诸瘾疹，主身湿淫。佐委中一穴，因其善治腰部诸疾，并能解毒疗疮，如《治疗捷要》载有："委中穴，刺之不独疗疮有效，即如痈疽发背红肿及脚风淫……针之亦效。"艾烟熏灸，善燥湿解毒，促进收水结痂，蛇丹为本疗法之适应证。

刘保延医案：刘氏治疗蛇串疮的体会是应用火针治疗，有操作简单，取效快，止痛快，疱疹干结快等优点，可用于各期治疗，多数患者 3 次即可痊愈，一般不留后遗痛。治疗时应注意局部消毒，以防感染。如果全身症状明显者可配合使用中药如龙胆泻肝丸等，同时保持患者大便通畅尤为重要。火针疗法善开门祛邪，以热引热，可以直接快速的祛除蕴滞的湿热火毒，使疼痛得以缓解，同时火针借火助阳，善行气血，对于因气血凝滞的后遗痛也常有显效。治疗时取①局部阿是穴（疱疹）为主穴，配风池、大陵、阳陵泉、足三里、龙眼穴（手小指尺侧，第 2，3 骨关节之间，横纹尽处）。②局部阿是穴（原皮疹分布的部位）、皮疹相应的夹脊穴、丘墟、照海、大椎。有皮疹时用第①组穴，先用中粗火针点刺红斑、丘疹或水疱上，视皮疹大小确定所刺针数，深达入疱疹为度。先刺早发的皮疹，再刺新发的。如果皮疹较多，可分批治疗。对于较大的脓疱或血疱，用粗火针刺，刺后用消毒棉球挤净疱液，再于疱疹上用大号或中号火罐吸拔，留罐 5～10min，起罐后如果出现血疱，可用火针再刺。如果舌苔黄厚腻，便干者火针刺后可用毫针刺丰隆、公孙、曲池、支沟以及用三棱针刺龙眼穴出血；如果发生大疱和血疱，疱液清稀 10 余天不愈者，多由于正气不足，火针刺后可用毫针再刺气海、中脘、足三里并加灸。疱疹消除后遗留疼痛者选用第②组穴，先用中粗火针点刺皮疹相应的夹脊穴和局部疼痛的阿是穴，深度以点入皮肤为度。疼痛明显、部位集中的可用三棱针点刺阿是穴而后拔火罐。再用 2.5 寸或 3 寸 28 号毫针，于病变同侧丘墟穴透刺照海，以针尖达照海皮肤下为度。留针 30min 以上。如效果不明显者，可配合用大椎穴温针灸，2～3 壮。所治病例①，②均经上法治愈。

钟梅泉医案：钟氏认为本病除在皮损患部可见阳性体征外，在病变患部相应脊段皮区亦可摸到阳性物或阳性反应。一般在胸椎 3～12 两侧有条索或结节，并有压痛。临床治疗采用辨证取穴，第 1 组，适用于胆火内郁患者。症见局部皮损鲜红，出现丘疹或丘疱疹，疱壁紧张，灼热刺痛，烦躁易怒，口渴口苦，咽干，胃纳差，大



便干，小便赤。在胸椎5～10两侧有条索和压痛，在病变相应脊段皮区有阳性物。脉弦数，苔薄黄舌尖红。拟以清热泻火，解毒止痛为治。选穴：胸椎5～10两侧、患部密刺、病变相应脊段皮区、阳性物处、曲池、风池、外关、内关、血海、肝俞。第2组，适用于脾胃湿热患者。症见皮损颜色较淡，出现簇集的水泡，如绿豆大小，排列呈带状，疱壁松弛，可溃破糜烂浸淫，疼痛略轻，痛痒交作，口渴不思饮，纳呆，腹胀，大便时溏，在胸椎8～12两侧有条索及压痛。病变相应脊段皮区有阳性物。脉缓滑，苔白腻，舌体胖，拟以健脾利湿，解毒止痛为治。选穴：胸椎8～12两侧、患部密刺、病变相应脊段皮区、阳性物处、足三里、三阴交、血海、曲池、合谷。第3组，适用于气滞血瘀患者。症见皮疹消退后皮损区疼痛，如针刺，或隐痛绵绵，持续不断，动则加重；或患处皮损透发不明显的病例。常伴心烦，夜寐不安，胃纳欠佳。在胸椎3～10两侧有结节或条索，并有压痛；病变相应脊段皮区有阳性物。脉细涩，苔薄黄质红。拟以活血化瘀，行气止痛，解毒为治。选穴：①病变在头面部者，选取后颈部、胸椎3～5两侧、患部、阳性物处、风池、合谷、下关、太阳。②病变在胸、肋部者，选取胸椎3～10两侧、患部、阳性物处、支沟、期门、太冲、阳陵泉、行间、肺俞、肝俞。③病变在腰、腹部者，选取腰部、骶部、阳性物处、足三里、三阴交、阴陵泉。手法：一般采用中等度刺激。在阳性物及阳性反应区采用较重刺激。皮损患部周围采用轻刺密刺手法。梅花针治疗本病疗效显著，控制症状快，可缩短病程。治疗后未出现神经痛后遗症。对后遗症神经痛患者，经梅花针治疗后也能收到显著止痛效果。

田从豁医案：属带状疱疹后遗症。认为病后遗有疼痛，主因病发时治疗不积极，邪气留连于肌肤，阻滞经络所致。故治疗以刺血为主，以祛瘀生新。瘀滞祛除，新血得生，病损局部再获气血的濡养，疼痛自然减缓。祛瘀生新是临床治疗顽症、久病的一大法则，祛瘀的目的是为了生新，所以放血量不宜太大，放血疗法的疗程也不宜过长，只要病情缓解即应注意停用或减用。

李鹭医案：所治病例缘于肌表脉络空虚，毒热壅滞，而成皮部之证。皮部者，经脉之气反映于体表的部位，亦是络脉之气敷布于皮表之处。疱疹脱落，病势虽衰，然毒热之邪未尽，毒邪阻遏，络脉不通，毒气滞而焮痛，血壅瘀而刺痛，皮部邪实，故拒触摸，难于侧卧。缘病位于足少阳之皮部及带脉所循之域，故当循经取穴治之。盖足临泣为足少阳通带脉之穴，且能泻肝胆经之邪热，带脉穴位于足少阳经之上，疏通带脉之气血；五枢、维道为足少阳与带脉之会，属循经局部取穴。因治在皮部，故浅刺透针。李氏在临床观察到该病证之痛，幼童患者往往痂落则痛止，中老年患者，病程则长，刺痛绵绵不休，或有数日乃至数月不止者。所治患者刺痛虽剧，仅治3次而获痊愈，足见针刺止痛之良效。

宋正廉医案：初由外邪风寒入侵肺及肌表，故感冒咳嗽，经服感冒片表邪未全解而仍恶寒，脉浮数，2d后外邪侵入阳明故胃纳差，舌苔黄腻，风寒邪化热与湿邪结合蕴结皮肤故出现右背及胸部红色疱疹簇集呈带形分部的缠腰火丹。故治疗以

针刺与梅花针同，清热利湿，解毒化瘀，调和气血，疏通经络，故能立即止痛，消疹较快。

欧阳群医案：欧氏认为本病系肝火妄动，内蕴湿热，外感毒邪，侵袭胁肋，流窜皮间，阻滞气血的运行而出现成簇之水疱，故选取病灶邻近之穴，宜泻邪毒而止痛，配阳陵泉以清泻肝胆之湿热，解毒化瘀，促进气血，以达活络止痛之功效。

罗诗荣医案：罗氏认为带状疱疹多由体虚劳累时，感染湿毒或风火之邪，以致局部经络、肌肤之营卫壅滞发为疱疹。其病在皮毛，根在于肺，肝功能失调。肺主气属卫，肝藏血属营，目前临床治疗该病多以针刺泻法为主，罗氏近年来采用艾灸治疗该病，取效迅速，疗效显著，尤对初病早期疗效更佳。

赵而康医案：赵氏认为该病多发于春秋季节，起病迅速。多与湿热毒邪、肝胆火盛有关。故治以清理邪热，以泄火毒为主。取心经原穴神门，有泻心火，安心神，清热之效；太冲、阳陵泉分别为肝经原穴和胆经合穴，两经互为表里，有泻肝清热作用，再予心肝二经井穴少冲、大敦刺血，以清心疏肝治其本。诸穴伍用，共奏速效。

第二节 牛 皮 癣

一、田从豁

气血瘀滞型牛皮癣(神经性皮炎)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

郑某，男性，72岁，1994年春初诊。主因右侧肢体活动不利月余以中风收住院治疗。经针灸、中药等综合治疗，肢体症状很快得以改善。因该患者同时原有严重的“神经性皮炎”，故要求医生兼治。患者诉“颜面瘙痒、皮损40余年”，40年前无明显诱因出现颜面皮疹，瘙痒，每因情志不畅，精神紧张症状加重，病情反复发作，以后逐渐发展至整个面部，曾经在北京市数家大医院皮肤科诊治过，诊为“神经性皮炎”，内服及外敷药使用不计其数，均无明显疗效，近10年来患者已放弃治疗，由于皮肤瘙痒，双手不停地抓挠，致整个面部皮肤肥厚粗糙。就诊时症见：整个颜面无正常皮肤，均为肥厚粗糙之皮损表现，色紫暗，表面覆有少量皮屑，整个面部均有皲裂，并伴血痕，患者除睡眠时间，终日双手不停地抓挠颜面。舌暗，苔薄白，脉弦。诊断：中医为牛皮癣(气血瘀滞)；西医为神经性皮炎。治则：祛瘀止痒。治疗：头2周每日火针额面部散刺，症状好转后每周2次火针散刺，并嘱其每天晨起用花椒水清洗颜面。疗效：治疗1周后，瘙痒症状明显缓解，2周后颜面皮肤开始变薄，3周后瘙痒完全消失，但由于患者数十年来双手不停地抓挠面部，已形成习惯动作，尽管瘙痒症状已止，但抓挠动作不能止。此后又坚持了2周的治疗，颜面皮肤色质均逐渐正常而出院。出院后患者一直坚持花椒水洗面。2年后、4年后各随访1次，



皮炎未再复发。

二、焦顺发

牛皮癣(神经性皮炎)《头针》

冉某,女,46岁。主诉:双腕桡侧等处瘙痒及皮肤粗糙1.5年。病史:1977年3月份无特殊原因,双腕桡侧皮肤开始瘙痒,常因瘙痒致失眠。以后皮肤逐渐变粗糙,而且高出皮肤。瘙破后流血。后发展到颈部、双腹股沟处、双腘窝、胸前等处。目前全身发痒。先后用中西药物治疗,效果不显。1978年7月12日来诊。检查:神志清楚,言语正常,反应能力正常。双腕部从手掌至腕上桡侧12cm×12cm、双腹股沟处有22cm×8cm、双乳腺外下方有8cm×6cm、双腘窝有4cm×3cm皮肤变粗,皮沟加深,高出皮肤,有搔破之血痂。有些部位有多角形丘疹。选区:双侧足运感区、感觉区上2/5,每日1次。疗效:针3次后,全身痒感减轻。针6次后,全身痒感明显减轻,双腕部皮肤损害已缩小到6cm×6cm,其他部位也有缩小。针31次后,全身各处皮肤损害已基本恢复,损害处有些仅留有深褐色色素沉着,仍有些部位发痒。针40次后,全身痒感消失。

三、刘保延

牛皮癣(神经性皮炎)《火针》

王某,女,20岁,服务员,1992年6月17日来诊。右颈项部皮炎近1年。患者1991年参加高考每日学习任务重加之情绪紧张而出现有颈部皮炎,始为铜钱大小,瘙痒,未予治疗。后症状逐渐加重,皮炎扩散,瘙痒甚。遂到某医院皮肤科诊治,经内服、外敷药物,曾一度痊愈,但不久又复发,再用前法治之无效,迁延至今。检查:右颈项部可见一5cm×6cm的皮损面,皮损色红,呈苔藓样,部分皮损潮红、糜烂、血痂。伴有口苦,咽干,情绪易波动,月经提前,量多。舌边尖红,苔黄微腻,脉弦滑小数。诊断为牛皮癣。用火针配合毫针治之。先用中等火针密刺皮损局部,再用毫针刺支沟、阳陵泉、中脘、三阴交,留针20min,隔日治疗1次。2诊时患者自述针后瘙痒反加重,检查局部皮损无明显变化,治法同前。3诊时瘙痒消失,舌苔已不黄腻,脉已不数。到6诊时皮损处基本与正常皮肤相同。共治疗9次而愈。随访4个月未复发,且月经正常。

【导读】

牛皮癣是一种皮肤状如牛项之皮,厚而且坚的慢性瘙痒性皮肤病。在中医古代文献中,因其好发于颈部,又称摄领疮;因其病缠绵顽固,亦称顽癣。明代《外科正宗》说:"牛皮癣如牛项之皮,顽硬且坚,抓之如朽木。"西医的神经性皮炎归属于本病范畴,特点是皮损多呈圆形或多角形的扁平丘疹,融合成片,剧烈瘙痒,搔抓后



皮损肥厚，皮沟加深，皮嵴隆起，极易形成苔藓样变。神经性皮炎临床上常见的有局限型神经性皮炎和播散型神经性皮炎两种。局限型神经性皮炎好发于颈部、肘部、胫前、骶部等肢体易受摩擦之处，皮炎有一块或数块；播散型神经性皮炎多发于四肢、颈项和躯干等部位，常呈对称分布。本病初起为风湿热之邪阻滞肌肤或为硬领等外来机械刺激所引起；病久耗伤阴液、营血不足，血虚生风生燥，皮肤失去濡养而成；肝火郁滞，情志不遂，郁闷不舒，或紧张劳累，心火上炎，以致气血运行失职，凝滞肌肤，每易成为诱发的重要因素，且致病情反复。总之，情志内伤、风邪侵扰是本病发病的诱发因素，营血失和、气血凝滞则为其病机。

牛皮癣历来治疗棘手，针药难以收效，尤其是远期复发率高，治愈把握小，故中医亦有"内科不治喘，外科不治癣"之说。本节所选医案的 3 位医家中有两位是应用火针治疗，认为火针是治疗本病行之有效的方法。火针治疗牛皮癣有明显的止痒作用，痒轻，搔抓减少，则皮损逐渐减轻。

田从豁医案：患者为临床少见的重症神经性皮炎病例，病程历经 40 余年，单纯火针治疗月余即告痊愈。从其病程，皮损颜色及形态分析，证当属气血瘀滞。火针性温热，温其肉，通其经，化其瘀，行其滞。花椒也为辛温之品，辅佐火针共同达到温通的作用。

刘保延医案：刘氏通过临床对牛皮癣病症的治疗中观察到，可依其病因分为肝郁化火，风湿蕴阻，血虚风燥等证型。但无论何种类型，均以皮损局部瘙痒为其主症，因痒而抓擦，因抓擦而皮损增厚，久而久之，则成"牛皮"之状。火针有明显的止痒作用。应用于局限型和播散型神经性皮炎，均有明显的治疗效果。局限型以散风、祛湿、止痒为主，取局部阿是穴。肝郁火旺者加太冲、行间、支沟、阳陵泉；风湿蕴阻型加肺俞、脾俞、风门、中脘、天枢；血虚风燥型加膈俞、血海、肺俞、风市。操作时用中等单头火针或多头火针，于皮损局部密集点刺。针深应以刺穿皮损为度，约 3～5 分。如有暗黑色血液流出或射出，勿止，待其自凝。如皮损较薄，正常皮肤可见者，可用细火针点刺。配穴用细火针点刺，针深视部位而定，行速刺法不留针，隔 3d 针 1 次。播散型以疏肝理气、清热泄火、止痒为主，选择皮损严重处(瘙痒重、皮损厚、发病早)为阿是穴。丘疹腰以上为主者取曲池、中脘、天枢、膈俞、列缺；腰以下为主者取风市、血海、足三里、膈俞、三阴交，其他穴位同局限型。每次选 2～3 处阿是穴，局部用中等火针密刺，再根据皮损播散部位选择腰部以上或以下的穴组中的穴位若干，用细火针点刺，隔日 1 次，诸穴可交替使用。火针治疗后可能局部瘙痒加重，但大都很快消失，止痒效应可持续 1～3d，所以第 2 次治疗不要超过 3d。局部皮损年久不愈者，常常有瘀血于皮下聚积，火针穿透皮损后，常有黑褐色血液射出，少则十几毫升，多则上百毫升。勿止血，待其自凝，常收祛瘀生新之效，对皮损恢复有帮助。



第三节 粉 刺

一、钟梅泉

肺气不宣、郁热、肤失濡养型粉刺《中国梅花针》

赵某，女，20岁，学生，1989年9月22日初诊，脸上及背部长痤疮已3年。近2年症状明显加重，痤疮脸部前额最多，背部较少，大小不一，少数痤疮红肿化脓，疼痛。每当月经来潮痤疮明显增多加重，皮肤发痒，粗糙。曾在北京几家医院诊治，用过增美露、氯霉素酒精溶液、内服中药和面康净，收效均不明显。平素易感冒，咳嗽，胃纳尚佳，大便干，小便正常。检查：额部满布痤疮，脸部和胸椎2～10两侧痤疮数量较少，大小如黄豆和绿豆。少数痤疮局部红肿、化脓，色素沉着。胸椎3～10两侧可摸到条索和压痛，可见数个红色丘疹反应点。脉细小数，苔薄，证属肺气不宣，郁热，肤失濡养。拟以宣肺清热，润肤为治。根据病症，选取胸椎3～10两侧、后颈部、太渊、肺俞、合谷、痤疮患部、阳性物处、背部红色丘疹重刺放血进治。采用梅花针治疗3次后，痤疮减少，治疗5次后，背部痤疮基本消失，额部只剩几个痤疮。经治10次后痤疮全消，症状消失，患部皮色恢复正常。随后按原方加腰部继治5次，痤疮未见再现，其他无不适而停诊。经1年2个月随访观察，痤疮未见复发，平素不易感冒，精神愉快，疗效巩固。

二、田从豁

肺胃蕴热型粉刺《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

潘某，女性，38岁，1998年7月1日初诊。患者主因"面部痤疮20年余"前来就诊。20年前，即青春期开始出现面部痤疮，20年来痤疮不断，月经前加重，25岁时顺产一子，产后痤疮仍作。平素伴有大便干燥，3～5d 1次，无明显不适，月经量中等，周期28d，无痛经。就诊时所见：面部两颊散在红色丘疹，其间参见暗褐色陈旧痤疮瘢痕，舌边尖红，苔白，脉弦。诊断为痤疮（肺胃蕴热）。治则：清泻郁热，调和脏腑。治疗：①大椎三棱针点刺后拔罐放血。②毫针刺曲池、合谷、风池、颊车、承浆。③梅花针叩刺华陀夹脊及膀胱经背段第1条线。疗效：2诊患者即诉面色较前好转，面部有光泽，无新鲜痤疮生出。6诊后自觉面部皮肤色素开始减退。此后由于工作紧张，停针1周，停针后，即有新鲜痤疮生出。后患者间断治疗，自诉治疗期间新生痤疮明显减少，面色好转。

三、于致顺

火毒炽盛粉刺（毛囊炎）《中国当代针灸名家医案》

顾某，女，教师，1989年6月4日初诊。主诉：面部痤疮2个月。病史：2个月

前，患者前额及口唇四周先后出现10多个散在的米粒大小的丘疹，呈深红色，自觉麻痒微痛，1周后有的成为脓疮，脓头破溃后干燥结痂，脱落后留有色素沉着，随即其他部位又出现新的丘疹。曾在哈尔滨市多家医院就诊，均诊断为痤疮（毛囊炎）。曾口服头孢氨苄，用中药内服及局部贴敷雷夫奴尔纱条均未见效。伴有胃中嘈杂感，不欲饮食，大便秘结等，因用药物治疗无效而来我院求治于针灸科。检查：前额及口唇四周有散在的米粒大小的毛囊丘疹，初起如粟，色深红，有的已成为脓疮，破溃处有少许脓性分泌物，周围皮肤有暗紫色的色素沉着。舌质红，苔黄，脉弦数。诊断：痤疮（毛囊炎），火毒炽盛型。治疗：清泄阳明火热。取穴：大椎、委中、曲池、合谷、足三里。操作：大椎、委中用三棱针点刺放血，每日1次。其他穴位用毫针针刺，施捻转补泻手法之泻法，留针30min，每日1次。针刺3次后胃中嘈杂感消失，食欲增加。1周后丘疹变小变平，表面干燥，色泽由红变紫，由紫变淡，脓疮破溃后结痂。2周后有少部分丘疹消失，结痂脱落。1个月后丘疹全部消失。

四、纪青山

脏腑气血积热型粉刺《中国当代针灸名家医案》

李某，女，27岁，工人，1985年7月10日初诊。主诉：面部生有粉刺4个月余。病史：患者4个月前，鼻及下唇出现白色小点，四周发红，几天后小点逐渐增多，以两颧部多见，每食辛辣后病情加重，曾外涂氟轻松软膏等不见好转，后又服中药及针刺治疗，效果仍不佳，故来我处求治。检查：神清语明，面色潮红，手足发热，口唇干，两颧布满粟粒样突起的白点，触之碍手，根部颜色较深。舌质红，苔微黄腻，脉数有力。诊断：痤疮。治疗：清热凉血。取穴：心俞、肝俞、脾俞、肺俞、大椎、膈俞。操作：采用放血疗法，每次取3～4个穴位。经过1周治疗后，症状明显减轻，18d后，粟粒样白点消失，除留有少量色素沉着外，其他症状消失，后无复发。

五、黄荣活

脾胃湿热、上熏于肺型粉刺《中国当代针灸名家医案》

李某，男，25岁，1956年3月20日初诊。主诉：口鼻周围及面部反复出现脓疮3年余。病史：患者3年前无明显诱因开始于鼻尖部出现红色小丘疹，并有疼痛之感，以后逐渐蔓延至鼻翼部及面部。皮损一开始呈丘疹样皮损，后渐变为脓疮。3年来，时轻时重，缠绵不愈，疼痛不适，但瘙痒不明显。检查：鼻翼及面部之丘疹呈集簇样分布，色潮红，浸润性损害，触之无热感，丘疹按之疼痛。舌质红，苔薄黄，脉弦数。诊断：痤疮，脾胃湿热、上熏于肺型。治疗：清利湿热，运脾泻肺。取穴：体针选大椎、风池、外关、合谷、足三里、血海。用旋术留针。梅花针：在痤疮局部叩打梅花针，轻重视病情而定。病情轻的轻叩打，重的重叩打，至微出血为度。操作：以10次为1个疗程。该患者依上法治疗5次后，即见好转，疼痛减轻，丘疹减少。共



治2个疗程，即获痊愈。

六、盛灿若

湿热型粉刺《中国当代针灸名家医案》

杨某，女，21岁，学生，1984年5月21日初诊。主诉：面与额部粉刺已2年余。病史：患者从19岁开始，先在两颧等处发生粉刺，其状呈圆锥形，顶端有脓包，周围有红晕，脓包破后，患处留有色素沉着。近6个月来，前额与面部发生粉刺40余颗，时轻时重，此起彼消，从未间断，每逢月经来潮，粉刺发生最多，经皮肤科多方治疗，内服中西药物与外用洗剂，均未奏效。患者平时喜辛辣和油腻食物，大便干燥，2d 1次，小便自调，夜卧欠安，多梦易醒。检查：一般状态良好，面部有大小不等，分布密集的粉刺，有的已出头成脓，有的上有小黑色颗粒，尤以前额及面部为多，胸背部未见。舌红，苔薄黄腻，脉滑数。诊断：痤疮，湿热型。治疗：清热化湿，健脾和胃。取穴：曲池、合谷、足三里、三阴交。操作：均用泻法，隔日治疗1次，每次留针30min，10次为1个疗程。1个疗程结束，患者原有粉刺普遍下陷，不高出皮面，新粉刺未见生长，效果较好。视下周月经来潮，粉刺有否增加。第2疗程开始，除上穴外，加刺关元1穴，第3次时正值月经来潮，粉刺未见增加，原前额与面部粉刺又见减少，原方有效，继续治疗，待第2个疗程结束，粉刺已基本消失，又巩固治疗1个疗程，至今已8个多月，粉刺未见复发。

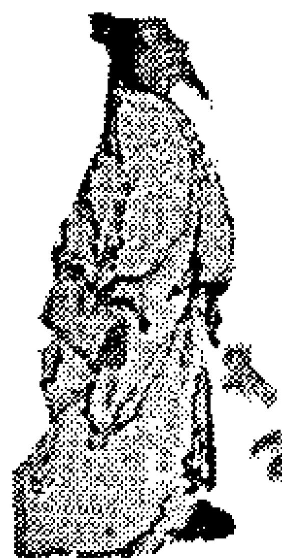
七、魏凤坡

心经火盛型粉刺《中国当代针灸名家医案》

冠某，男，20岁，干警，1988年10月初诊。主诉：面部发生痤疮2年余。病史：患者2年前面部反复出现疮疹，疹形大小不一，色鲜红，部分疮疹顶端有小脓点。虽经长期治疗未效，且疮疹逐渐扩散至整个面额部，疹形由小变大，有多数如黄豆及蚕豆样的红色丘疹，顶端有小脓点。近日又曾在我院皮肤科用抗生素治疗，仍未获效，故来我科。检查：面额部有簇密小疮疹及散在黄豆、蚕豆样丘疹，色鲜红，伴多处小脓点，面部烘热。舌尖红，苔薄黄，脉弦数。诊断：痤疮，心经火盛型。治疗：清心泻火，疏解阳明。取穴：心俞、肺俞、合谷、内庭。配穴：地仓、颊车、四白、曲池。操作：毫针、凉泻手法。经10次后，火热征象明显缓解，疮疹色变淡红，疹形渐萎，脓点收敛。经20次后，疹形绝大部分消减平复，脓点消失，面色接近正常。面热、面痒消失，二便如常，舌脉已不见热象。为巩固疗效，续治3周，现已痊愈，观察1年未见复发。

【导读】

粉刺是一种以颜面、胸、背等处生丘疹如刺，可挤出白包碎米样粉汁为主要临床表现的毛囊、皮脂腺的慢性炎症。西医的痤疮归属于本病范畴。《医宗金鉴·外



科心法要诀》曰："此证由肺经血热而成。每发于面鼻，起碎疙瘩，形如黍屑，色赤肿痛，破出白粉汁"。本病因素体阳热偏盛，肺经蕴热，复受风邪，熏蒸面部而发；或过食辛辣肥甘厚味，助湿化热，湿热互结，上蒸颜面而致；或脾气不足，运化失常，湿浊内停，郁久化热，热灼津液，煎炼成痰，湿热瘀痰凝滞肌肤而发。治疗若为肺经风热者宜疏风清肺；肠胃湿热者宜清热除湿解毒；痰湿瘀滞者宜除湿化痰，活血散结。

从本节所选医案的主治医家所治病例来看，针灸治疗粉刺有较好疗效，采用的方法有毫针、皮肤针打刺、三棱针放血等。

钟梅泉医案：钟氏认为粉刺患者在颈椎两侧及胸椎3～12两侧可摸到条索或压痛；腰椎两侧亦可摸到泡状软性物；在胸椎3～8两侧常可见到如粟粒大小红色丘疹。治疗是采用辨证选穴，第1组：适用于痤疮多为丘疹或结节，症状常受月经来潮影响，平素易感冒，咳嗽，吐黏稠痰，胸闷，便秘，溲黄。在胸椎3～8两侧多数病例可见到红色丘疹，并可摸到条索及压痛，颈椎两侧有条索和压痛。脉细小数，舌苔薄的肺热、血热患者，拟以清肺凉血散结为治。选穴：取胸椎3～8两侧，后颈部，太渊，合谷、肺俞，痤疮患部，阳性物处，背部红色丘疹重刺放血。第2组：适用于痤疮多为脓疱或脓肿，并见渗液，反复出现，皮肤瘙痒，口干苦，胃纳差，脘胀不适，便秘或大便不爽，溲少而黄，性情急躁，夜寐欠安。胸椎5～12两侧和颈椎两侧有条索及压痛，胸背部有些病例可见到红色丘疹，脉细，苔薄黄根腻的脾胃蕴热患者。拟以清热利湿散结为治。选穴：取胸椎5～12两侧、后颈部、足三里、合谷、三阴交、天枢、痤疮患部、阳性物处、胸背部红色丘疹重刺放血。随症加减：①症见月经不调，痛经者加刺腰部、骶部、带脉区、三阴交。②症见便秘者加刺骶部、下腹部。③症见失眠，梦多，心烦性急者加刺后颈部、骶部、内关、风池、神门。手法一般多采取中等度刺激。阳性反应区采取较重刺激。痤疮患部刺激是：先从痤疮患部周围向痤疮底部叩打，手法宜重刺激。

田从豁医案：患痤疮历经20余年，并且面颊部可见暗褐色疮疤，所以辨其证当属肺胃蕴热兼有瘀滞，所以治疗时不仅要考虑清热，还要顾及祛瘀。方中大椎刺血既能清热又能祛瘀；曲池、合谷清泻阳明，从而达到清泻中焦脾胃之热的作用；风池为足少阳的腧穴，取之可清泄郁于头面之邪，用本穴是在治标之。病久之疾，多及全身之气血，治疗较难，田氏另加梅花针叩刺华佗夹脊及脏腑背俞穴，以调和五脏六腑之气，乃本病案治疗特色。

于致顺医案：由于恣食膏粱厚味之品，致使脏腑积热，阳明火毒内发，上窜于面部而发痤疮，患者曾服用抗生素和中药治疗均无效，病程较长，易于复发，连绵不断，虽有挑刺局部红疹治疗痤疮而获较好疗效的报道，但患者痤疮发生在前额及鼻唇三角区内，不能直接针刺患部，更不能挤压，于氏采用针刺配合远端刺血方法治疗，取到满意的疗效。认为大椎为督脉之穴，督脉统率诸阳，大椎放血可疏泄阳邪火毒，委中为血之"郄穴"，刺之放血以清血热。手足阳明经均上循面颊，取曲池、合



谷、足三里，以泄阳明火毒。此法安全可靠，行之有效，且可预防复发。

纪青山医案：纪氏根据文献《灵枢·邪气脏腑病形篇》"十二经脉，三百六十五络。其血气皆上注于面而走空窍"所言，认为痤疮一病，虽然有肺经风热与脾胃蕴积湿热之分，然热乃为其共性，且脏腑之热必移于血脉，加之足阳明胃经分布于面部，面部血脉较他处丰盛，面部皮肤薄嫩，不耐邪侵，邪热上蒸，不得外泄，郁而发为该病。因脏腑之经气皆上注于背俞，取心俞、肝俞、脾俞、肺俞以泻各脏腑中之邪热，大椎为诸阳聚合之处，取之以泻阳经气血之热，膈俞为泻气血中邪热之要穴。诸穴合之，共奏宣泄脏腑气血之积热的功效。

黄荣活医案：黄氏认为痤疮多与吸烟、饮酒、过食刺激之物及使用劣质化妆品有关。如饮食不节，过食肥甘厚腻及辛辣之品，日久不运，积于脾胃，化而生热，而成为脾胃湿热。湿热上熏于肺，而鼻为肺窍，故鼻翼部可见红色丘疹，迁延日久则可转为脓疮。治宜清利湿热，运脾泻肺。大椎清热泻肺；足三里、合谷清肺胃之热，消面部之丘疹；血海活血，并化运脾之湿邪；风池散皮肤风热；外关通利经气，解在表之毒。配合梅花针局部叩打，以助疏通经络、调和气血之功。二者合用，以收全功。

盛灿若医案：过食辛辣之品，湿热之邪蕴积肠胃发为粉刺，故取手阳明大肠经之合穴曲池，原穴合谷，疏通大肠气机，使湿热之邪通降下行；又取足阳明之合穴足三里、脾经穴三阴交，达健脾和胃之目的。而患者每次月经来潮，面部粉刺增多，说明了与冲任二脉亦有密切关系，故取关元一穴，以调理冲任之脉。另在治疗开始后劝患者今后少食辛辣油腻之品，保持大便通畅，以免积滞湿热之邪熏蒸皮肤，造成旧病复发。该病青年人多见，机体功能比较强盛，故以泻法为宜，有助于清除肠胃之积热。

魏凤坡医案：魏氏指出针刺对痤疮有较好疗效，对部分难治痤疮可收显效。《医宗金鉴》曰："痈疽原是火毒生"。火性炎上，头面为诸阳之会，故多发生于面部。加之青年人气血旺盛，气有余便是火，故多发于青年人。本证又多见于夏季，因夏气为阳中之阳，故症状较秋冬均剧。魏氏所治病例按脏腑辨证，当属心肺热证，《素问·至真要大论》曰："诸痛痒疮，皆属于心"。如按经络辨证，当属阳经热证，手足阳明经交会于面，故取面部的阳明经穴，及背部的心俞、肺俞以清泻心火、降阳明热毒而愈。

第四节　瘾　　疹

一、陈全新

胃肠积热，复受风邪型瘾疹(荨麻疹)《陈全新针灸经验集》

李某，34岁，干部。自诉5d前过食辛辣食物及饮酒后，初感下肢内侧皮肤轻



度瘙痒。2d前在野外出游时加重，痒疹扩散至腹背及上肢，经内服苯海拉明未效，病者神志焦躁，频频以手搔抓痒疹。风疹块以腋、腰、臀及大腿内侧为甚，划痕试验强阳性，心、肺、腹无特殊，脉洪数，舌尖红，苔黄腻，大便3d未解，小便黄赤。平素有嗜食辛辣食物史。此证为瘾疹。病因过食刺激性食物致胃肠积热，复受风邪侵袭而触发。治宜调和气机，疏泄郁热。取穴：风府、曲池、风市、足三里。取泻法。出针后，复于耳穴荨麻疹点置皮内针，嘱患者每日自行揉按埋针点数次，每次10～15min，按压强度以出现较强酸胀感为佳。隔日复诊，患者诉皮肤瘙痒已显著减退，每当出现皮肤瘙痒时经自行按压埋针则渐缓解，数日来因肤痒而致坐卧不宁现象消失。下肢及背腰融合成片微隆起疹块已明显减退，只遗留一片淡红色晕，大便仍未解，小便黄，脉弦缓，舌淡，苔薄黄腻。经治后肌肤郁热虽得泄，胃肠积热未尽除。拟标本兼治，除原取穴外，加刺支沟以调和胃肠气机。3诊：患者喜诉皮肤痒感消失，水肿消退，除腰、胁有小量残存疹晕外，余疹块尽退，自感无不适，大便已解，小便淡黄，胃纳佳，脉缓，舌淡、苔薄润。仍按前法治疗2次后，患者瘾疹未现。经追踪观察年余无复发。

二、王秀珍

瘾疹（血管神经性水肿）《刺血疗法》

张某，男，56岁，工人。患者14年来经常突然发生口唇、舌、眼睑和手足等处局限性水肿，每月发作数次，春夏季发作较频繁，有时2～3d发作1次。经四川医学院附院及本省某医院检查诊断为血管神经性水肿。给予泼尼松、氯苯那敏、溴化钙及中草药治疗，暂时有效。1979年2月16日，病又发作，上唇肿胀向外翻，比下唇厚约5倍，舌肿满口，不能伸屈，影响饮食；上下眼睑肿合成一条线，影响视物，足掌肿约2倍厚；左手第2、3、4指各肿胀约3个手指粗。诊断：血管神经性水肿。治疗经过：取穴太阳、支沟，针刺放血后，局部水肿即消退，次日即上班工作。当月只发作2次，症状亦较轻，自然消退。3月21日复诊刺血太阳、委中。4月19日刺血曲泽、三阴交，巩固疗效。随访：经2次刺血治疗后，在易发季节，也未发病，效果持久。

三、刘保延

瘾疹（慢性荨麻疹）《火针》

李某，女，47岁。反复发作性瘾疹16年。患者于1976年在唐山地震中受惊吓又涉雨着凉后即出现荨麻疹，经服抗过敏药物症状消失。自此以后每于情绪波动，过食辛辣、腥味及夏秋季节即发作荨麻疹，严重时伴有呼吸困难，呕吐腹泻，需住院输液治疗方可控制症状。曾服中药上百剂，症状亦无明显好转。本次来诊，患者刚办完出院手续，自述仍觉上半身瘙痒不适，伴心烦易怒，纳呆，便干，寐中多梦。检



查未发现明显瘾疹，舌红，苔薄白微腻，脉滑小数。诊断为慢性荨麻疹。用细火针点刺风池、曲池、中脘、天枢、血海、膈俞、风门，隔日治疗1次。共治疗6次而愈。随访整个夏季都未发。

四、朱汝功

(一)风热相搏，客于肌肤型瘾疹(荨麻疹)《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

刘某，女，24岁，工人，1966年3月14日初诊。全身风疹发痒3d。3d前淋雨、吹风受冷，回家后即感全身瘙痒，四肢尤甚。痒处皮肤红点密布，微现水肿，夜间更剧。此次发作已是第4次，每次均因受凉吹风而起。发作时精神烦躁不宁，低热，脉浮微数，舌苔薄白，尖红。证系外邪与肌热相搏，治拟凉血祛风，宣络止痒。嘱其每日针治1次。取穴：合谷(双)、手三里(双)、曲池(双)、大杼(双)、血海(双)、足三里(双)、阳陵泉(双)、阳交(双)手法：提插捻转得气后，以重提为主，反复数次，留针30min，15min提运1次。3月15日2诊，针治后，瘙痒明显减轻，肌热亦退，守上方巩固之。取穴：手法同前。共针3次而愈。

(二)胃肠结热，湿热蕴蒸营分型瘾疹(荨麻疹)《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

郁某，男，46岁，农民，1968年3月4日初诊。全身瘙痒，散发红块2d。病者经常大便秘结，这次又3d未解，2d前食海鲜鱼虾，稍饮酒类，晚上即全身瘙痒，红块遍布，有豆瓣大者，有碗口大者，有长圆形、扁圆形不等。瘙痒难耐，脘腹闷胀，精神烦躁，口干，小便灼热，舌苔黄腻尖红，脉沉滑。原无发作史，此系胃肠结热，湿热蕴蒸营分，拟通腑化浊，凉血疏风。取穴：合谷(双)、手三里(双)、足三里(双)、血海(双)、阴陵泉(双)、阳陵泉(双)、照海(双)、支沟(双)、大横(双)。手法：提插捻转得气后，以重提为主，反复数次，留针30min，15min提运1次。3月5日2诊，昨日针后，全身瘙痒已减轻，晚上大便通畅，疹块隐匿，脘腹闷胀好转，守上方加减，希巩固疗效。取穴：合谷(双)、手三里(双)、足三里(双)、血海(双)、阴陵泉(双)、阳陵泉(双)、照海(双)、支沟(双)。手法：提插捻转得气后，以重提为主，反复数次，留针30min，15min提运1次。患者2诊而愈。

五、钟梅泉

风热相搏，客于肌肤型瘾疹(荨麻疹)《中国梅花针》

过某，女，40岁，家庭妇女，1971年4月15日初诊。4d前突然躯干、上肢、颈部起风疹块，奇痒难忍，搔抓不停，心烦不安，大便干，纳谷尚佳。服中西药物、针灸均未收明效。检查：躯干部、上肢、颈部可见大小形状不一的鲜红色疹块，部分有融合。诊断为荨麻疹。在胸椎3～12两侧有条索和压痛。脉细小数，苔薄。证属风热相搏，客于肌肤。拟以疏风清热止痒为治。根据病证选用胸椎1～12两则、胸锁

乳突肌部、风池、大椎、曲池、合谷、肺俞、患部、阳性物处进治。采用梅花针治疗1次后，瘙痒大减，疹块消失大半，睡觉好；治疗2次后，疹块全消，无不适感而治愈。随访观察4个月未见复发。

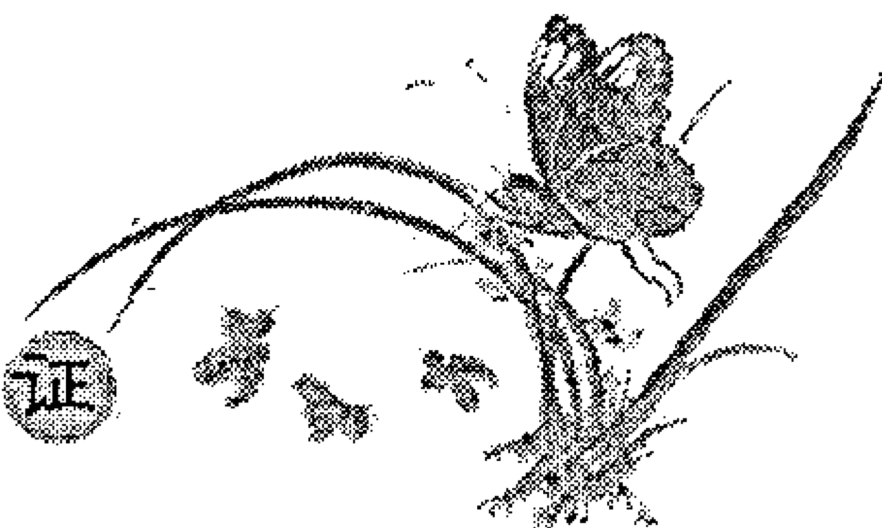
六、于书庄

(一)禀赋不足，肠胃虚弱型瘾疹(荨麻疹)《于书庄针灸医集》

侯某，女，11岁，1981年8月18日初诊。患者自1978年春因食虾皮及跳皮筋后汗出受风，当晚后背出现大片风团，即去某医院急诊，诊为荨麻疹，给予氯苯那敏及注射葡萄糖酸钙，皮疹消退。以后连年不愈，反复发作。出疹范围自背部发展到颜面、前胸、后项及四肢，疹色淡红。每遇冷风或食韭菜、牛羊肉、鱼虾等，风团出现更为明显，甚则眼睑、口唇水肿，腹痛。曾经做变态反应科检查，对下列食物过敏：大米、小麦、玉米面、鸡蛋、牛奶、牛肉、羊肉、虾、花生、芝麻、蒜、韭菜、洋白菜、西红柿、扁豆。自1980年冬至今大便溏，每日1次，遇食韭菜及不易消化之物，则大便急迫，甚则便于裤内。病后曾去几个医院诊治，服中药20余剂，注射组胺30支，长期服用去氯羟嗪及安得诺新，治疗均无效果。1981年8月18日要求针灸治疗。检查：面色黄白，体瘦，舌质淡，苔薄白，脉濡。辨证：初病时由于进食虾皮动风之物，外因汗出受风，风寒之邪郁于皮肤而发病。以后病程日久，患者禀赋不足，肠胃虚弱，病邪乘虚而入，由表陷里，故对多种食物过敏，大便溏，甚则大便急迫，面黄体瘦。治法：治宜表里兼治，治表以益气固表，疏散风寒，治里宜温补肠胃。取穴①：大椎，用热补法(即进针得气后要求针下出现热感。下同)；大肠俞，用热补法；委中，针后寻找柔和的酸胀感。取穴②：天枢、足三里，均用热补法；曲池，针后寻找柔和的酸胀感。两组穴交替取用，隔日1次；每次留针15min左右，10次为1个疗程，针刺后停服一切药物。治疗经过：经1次治疗后，隔1～2d才出现1～2个疙瘩，大便已成形。在第1个疗程中只有一次因食饺子太多，背部出现一大片风团。1个疗程结束后，休息4d，进行第2个疗程。由于出差贵阳，故第2疗程只针2次，待回京后又继续治疗6次而愈。愈后观察5个月余，风团未复发，可随意饮食，体质已增强，人也长胖，面色亦稍见红润。

(二)体虚不固，风寒郁于肌肤型瘾疹《于书庄针灸医集》

李某，女，30岁，1975年9月15日初诊。患者7～8年来每遇冷风即感全身刺痒，继而出现大小不等的风团，色粉白，以四肢为多，几小时后风团逐渐消退，口不渴。曾经中医治疗无效。检查：其脉浮，舌体胖大，苔薄白。辨证：证系平素体虚，卫气不固，复感风寒，郁于皮肤而发病。治法：治宜益气固表，疏散风寒。取穴：灸大椎，以益气固表；针曲池，以疏散风寒；针血海，以和血止痒。治疗经过：针灸3次后，再遇冷风仅感背部刺痒，已不出现风团。针灸5次后，再遇冷风已不感刺痒而愈。



七、张涛清

风热型瘾疹《张涛清针灸治验选》

宁某，女，42岁，教师。主诉：风疹瘙痒已5年，全身瘙痒，反复发作，时隐时现，每年夏、秋季较重，皮疹突然产生，又很快消失，彼伏此起，反复绵延；大小不等，随之融合成片，终日瘙痒难忍，先后服中西药物治疗不能解除。近来又复发。口苦咽干，大便干，尿黄，烦躁，遇风和阳光瘙痒加剧，不敢出门，患者全身遍布潮红色形状不规则的风团及抓痕，丘疹密集于颈项、胸、腋、臀、上下肢，下腹部有压痛，舌质红，苔黄腻，脉浮数。诊断为荨麻疹，辨为风热证。治以疏通经络，祛风清热，活血止痒。取穴：曲池、血海、风池、膈俞、膻中、大椎、肩髃、神阙（拔火罐）；进针得气后，行平补平泻手法，每日针刺1次，留针20min。经针治3次，瘙痒减退，7次后疹退痒止，为巩固疗效，又间隔2d针刺1次，连针1周而病愈，追访2年再未复发。

【导读】

瘾疹是一种皮肤出现红色或苍白色风团，时隐时现的瘙痒性、过敏性皮肤病。主要表现为皮肤上出现瘙痒性风团，发无定处，骤起骤退，退后不留痕迹。西医的荨麻疹属于本病范畴。《诸病源候论·风瘙身体瘾疹候》曰："邪气客于皮肤，复逢风寒相折，则起风瘙瘾疹。"先天禀赋不足，卫外不固，风邪乘虚侵袭所致；或表虚不固，风寒、风热外袭，客于肌表，致使营卫失调而发；或饮食不节，过食辛辣肥厚；或肠道寄生虫，使肠胃积热，复感风邪，内不得疏泄，外不得透达，郁于皮毛腠理之间而发。此外，情志内伤，冲任不调，肝肾不足，血虚生风生燥，阻于肌肤也可发生。对食物、生物制品、肠道寄生虫等过敏亦发作本病。辨证治疗如风寒束表证宜疏风散寒止痒；风热犯表证宜疏风清热止痒；胃肠湿热证宜疏风解表，通腑泄热；血虚风燥证宜养血祛风，润燥止痒。

本节所选医案的主治医家治疗的病例多为缠绵难愈的患者，采用祛风、清热、调和营卫的方法，治疗涉及毫针、皮肤针、三棱针刺血、拔罐等。

陈全新医案：为胃肠素有积热，并过食辛辣食物后出游野外，为风邪侵袭，致积热内不得泄，外不行达，郁于肌表而成病。取风府、曲池、风市、足三里、支沟及耳穴荨麻疹点，不但能直接祛风，调和脏腑、经络气血，且能荡涤胃肠蕴热，使风邪得解，气机和利，积热得泄，故皮肤痒疹得以迅速消退而病症痊愈。

王秀珍医案：王氏认为血管神经性水肿以大风团及局部水肿为主要症状，全身各处均可发生，但以唇、舌、睑、手等处最为常见。现代医学认为其发病机制是身体对某种致敏物质反应性增高，体内释放出大量组胺引起的血管舒缩功能失调，毛细血管扩张，管壁渗透性增强，血清蛋白与水分大量进入皮内组织引起局部水肿。泻出瘀血后可能恢复血管舒缩功能，降低血管的通透性。与"治风先治血，血行风自灭"的治则是相吻合的。



刘保延医案：刘氏认为瘾疹起病多因过敏或寒冷刺激，故在治疗时首先应注意去除过敏原，其次注意保暖，防止突然的寒冷刺激。临床实践证明，火针治疗慢性荨麻疹有确切疗效，尤其是对过敏性荨麻疹患者，火针法优于其他疗法。

朱汝功医案：朱氏将瘾疹临床证型分为两类，一类是阳实证，为外感风邪、肌肤湿热者，症见全身布发风疹，瘙痒，皮色鲜红微肿，以凉血祛风为治；亦有阳明实热，内不得疏泄，外不得透达，郁于皮毛腠理之间者，症见风块成片，奇痒灼热，大便秘结，以通腑清热，宣络和营为治。另一类是阴虚证，有营阴不足或气血两亏，血虚内热，热郁生风，布发血络皮毛之中者，本类病症以老年为多，治宜养血和营，清热宣络，效果一般较为缓慢。朱氏对阳实证患者多数采用单纯针刺治疗，取血海、阴陵泉以清血分之热；手三里、足三里、阳陵泉、阳交、太冲以清胃肠肝胆之火；大杼、合谷，曲池疏散风邪；大便秘结加照海、支沟、大横等穴；对血虚生风患者加膈俞，脾俞、三阴交等穴以养血和营。对老年患者取关元以补益元气，元气为生命之根，补气以促进生血之意，适当用中药辅治，疗效满意。

钟梅泉医案：钟氏认为梅花针治疗本病疗效显著。本病患者在胸椎 3～12 两侧有条索及压痛，腰部可摸到泡状软性物或条索。并可见散布身体各部位皮肤疹块。钟氏治疗中辨证论治，共 3 组处方：第 1 组，适用于风寒外袭患者。症见发病快，皮疹颜色淡或苍白，剧痒，微恶风，口不渴，多在吹风受凉或接触冷水时发作或加重。在胸椎 5～12 两侧有条索及压痛。脉缓或紧，苔薄白。拟以疏风散寒止痒为治。选穴：胸椎 3～12 两侧，患部、风府、肺俞、脾俞、中脘、曲池、足三里、血海、阳性物处。第 2 组，适用于风热相博患者。症见皮疹发红，散布周身大小不等，皮肤灼热，剧痒难忍，烦躁不安，重则面唇俱肿或胃腹疼痛，退热则重，得冷则缓。在胸椎 3～8 两侧有条索并有压痛。脉浮数，苔薄黄。拟以疏风清热止痒为治。选穴：胸椎 1～10 两侧、腰部、胸锁乳突肌部、患部、风池、大椎、合谷、肺俞、阳性物处。第 3 组，适用于气血两虚患者。症见久病或体质虚弱者。皮疹色淡或与肤色相似，剧痒不止，脸色皖白不华，每当劳累或受风寒后容易发作。神倦乏力，头晕。在胸椎 3～12 两侧有条索和压痛，腰部有泡状软性物。脉沉细无力，苔薄质淡。拟以养血益气止痒为治。选穴：脊柱两侧，重点叩打胸椎 5～12 两侧、腰部、患部、风池、合谷、中脘、足三里、三阴交、心俞、肾俞、阳性物处。手法一般采取中等度刺激，阳性物和阳性反应区采用较重刺激，患部宜轻度密刺。

于书庄医案：所治病例①、②均为慢性荨麻疹患者，但其病情不同，故其辨证、取穴、治则亦异。两者相同之处是均为卫气不固复感风寒而发病，故遇冷风则风团复发，团块粉白，口不渴，舌苔薄白，脉无力，均为正虚邪实，治宜补泻兼施。两者不同之处是后者病在表，仅为卫气虚；而前者是表里同病，肠胃亦虚。故后者只须益气固表、疏散风寒，而前者尚须温补肠胃。故后者灸大椎，以益气固表，针曲池，以疏散风寒；针血海，以和血止痒。前者取大肠俞、足三里采用热补法温补肠胃。



张涛清医案：张氏认为荨麻疹是一种过敏性病变，多发生于过敏体质。因此，必须找病因，针对病因预防和治疗，方可避免复发。针灸治疗本病有较好疗效，尤其以急性荨麻疹疗效显著，止痒、消疹作用快。取曲池所治病例辨证为风热型荨麻疹，选取外关、血海以疏通阳明、太阳、少阳三经的经气，疏风邪蠲湿气，理血和营；风池祛遏于肌表的风邪，清泄胆经郁热；膈俞为血之会穴与血海同治血分之疾，活血祛风止痒；膻中为气之会穴，调理气机，宽胸利膈；神阙拔罐温通元阳，振奋阳气，运化肠胃气机，化湿消滞，通利三焦；大椎、肩髃清热止痒；足三里清泄阳明炽热。脾主四肢、肌肉，三阴交运脾，健运脾胃而化湿，取血行风自灭，湿去邪无所附着之意。张氏有时用十宣、曲泽、委中放血法治疗本病，取"热则疾之"的刺法，临床疗效亦很满意。

第五节 油 风

一、王秀珍

气滞血瘀型油风《刺血疗法》

王某，女，36岁，农民。患者头发成片脱落1年余。1981年4月，患者因事与邻居大吵生气后，出现头发成片脱落，伴有失眠头昏，睡则多梦，胸闷，腰腿酸软，食欲不振，口苦便干，1982年7月5日来刺血科治疗。检查：精神抑郁，头发花斑秃，患处皮肤光滑无瘢痕，诊断：斑秃。治疗：刺血太阳、曲泽。效果：刺血后睡眠食欲渐趋于正常，胸闷腰酸等症状亦相继消失，脱发处长出新发，5个月后头发全部长齐。追访：满头黑发，身体健康，精神愉快。

二、张家维等

（一）油风《古今针灸医案医话荟萃》

杜某，女，52岁，会计，1978年3月12日初诊。自诉：不知如何头发突然呈椭圆形数片脱落，曾服中西药物及搽生发水、白兰地酒等均未能控制。2个月后，头顶及两翼头发几乎脱光。依据上诉症状，经用电梅花针治疗1个月，开始长出新发，继续巩固治疗3个月，长出比原来更加乌亮的黑发，原有白发减少，患者高血压病亦得到控制。2年后随访，病情没有反复，仍见满头黑发。

（二）肝肾不足型油风《古今针灸医案医话荟萃》

黎某，女，28岁，教师，1978年11月8日初诊。自诉：因准备考试，过度疲劳，出现头痛、头晕，失眠，记忆力减退，月经紊乱等症状。继而鬓角出现两块铜钱大小斑秃。1个月后，头发全部脱光，眉毛、腋毛、阴毛等也相继脱落。依据症状经用电梅花针治疗1.5个月，开始长出新发和眉毛、腋毛、阴毛等。继续治疗4个月，头部



黑发布满。头痛、失眠等症也相继痊愈，月经恢复正常，体质比原来增强。

(三)瘀血阻络型油风《古今针灸医案医话荟萃》

马某，男，47岁，干部，1979年5月3日初诊。自诉：15年前突然昏迷倒地致使头部撞伤，继而出现头痛、失眠、心烦、记忆力锐减、噩梦缠绵等症，2个月后发现头部有4块如鸭蛋大小的斑秃，局部皮肤光亮。3个月后，头发全部脱光。依据症状，经用电梅花针叩刺和穴位注射药物3个月后病情显著好转，已长出较为乌黑的头发。1年后随访头发再未反复脱落，且多年失眠之症也得到治愈。

三、田从豁

血虚风燥型油风《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

乔某，女性，21岁，1992年初秋初诊。患者主因"斑秃反复发作4年，加重1年"，前来就诊。患者4年前中考时精神过度紧张，出现失眠，随后后枕及头顶出现两处片状脱发，经中西药物治疗，数月后长出新发。1年前由于交男友之事与同事发生矛盾，心情郁闷，脱发又发生，起初于顶枕部出现2～3片5分硬币大圆形脱发，以后逐渐发展至全头。虽经各大医院诊治，均未取得满意疗效。就诊时所见：全头满布圆形或椭圆形片状脱发，全头20～30片。大小不等，有的皮肤光亮，有的可见细小绒毛，有的可见黑白相间的软发，因正常毛发所剩无几，患者不得已将头剃秃，配戴假发。患者诉平素睡眠很差，经常失眠，夜间梦多，睡眠质量差，近1年来月经常错后，经量少。舌质淡红，舌体偏瘦，脉细数。因病久不愈，影响美观，精神非常焦虑。诊断：中医为斑秃(血虚风燥)；西医为斑秃(圆形脱发)。治则：养血熄风、养心安神。①梅花针叩刺斑秃局部，并于局部涂擦姜汁。每周3次，10次为1个疗程。②毫针刺神庭、内关、神门、血海、三阴交、膻中、太冲。每周3次，10次为1疗程。疗效：第1疗程后，原来已萎缩的毛囊均已饱满，原来有绒毛的脱发区有白发生出。第2疗程后，斑秃处相继生出黑发。3个疗程后所有斑秃处均已生出粗黑毛发。1年后随访，患者一头乌黑亮泽的齐肩短发。5年后医者在街上见到患者，得知病情未再复发。

四、焦顺发

油风《头针》

靳某，男，14岁，学生。主因：头发及眉毛完全脱落7个多月。病史：1974年10月某日，因下红薯窖打扫，发现一条约筷子粗的蛇，非常害怕，立即上来。几天后，用手摸头时发现有头发脱落，不几天帽子里常有很多落下的头发，很快就一块一块地脱落。约1个月头发和眉毛完全落光。后经口服谷氨酸，并用侧柏叶洗头、生姜擦头皮等治疗，持续6个月无好转，1975年8月21日来诊。检查：头发及眉毛完全脱光，头皮光秃。选区：选双侧足运感区、感觉区，每日1次，有时隔日1次。疗效：



针20次后开始长出头发，但是很稀，头发不仅细而且是黄色。针30次后头发增多，有的已经变黑，但局限在额顶部，在双颞部鬓角及枕部尚未长出。针80次后，全部头发及眉毛长出，完全变黑，恢复正常。

【导读】

油风是指头部毛发突然发生斑块状脱落的慢性皮肤病，又名鬼舔头、鬼剃头。主要临床表现为脱发区皮肤变薄，感觉正常，无自觉症状。可发生于任何年龄，但多见于青年，男女均可发病。西医的斑秃归属于本病范畴。有关的文献记载，可追溯到《黄帝内经》和《难经》时代，《黄帝内经》中有“毛拔”、“发脱”、“发坠”等病名，《难经》称之为“毛落”。历代医家在病因证候及临床治疗方面进行了补充和发展。隋代巢元方称之为“鬼舐头”，曰“人有风邪在头，有偏虚处，则发脱落，肌肉枯死，或如钱大，或如指大，发不生，亦不痒。”明代陈实功在《外科正宗》中首创“油风”之名，认为此“乃血虚不能随气荣养肌肤，故毛发根空，脱落成片，皮肤光亮，痒如虫行，此皆风热乘虚攻注而然。”对本病的病机有了进一步的认识。在治疗上，陈实功主张采用内治与外治结合的方法治疗。《疡医大全》收集了不少有效的外治单方验方，如“生姜切片，擦落发光皮上，数日即长”等。《医宗金鉴》尚有局部刺络法治疗的记载，至今仍有其临床实用价值。本病因过食辛辣炙煿、醇甘厚味，或情志抑郁化火，损阴耗血，血热生风，风热上窜巅顶，毛发失于阴血濡养而突然脱落；或跌仆损伤，瘀血阻络，血不畅达。清窍失养，发脱不生；或久病致气血两虚，肝肾不足，精不化血，血不养发，肌腠失润，发无生长之源，毛根空虚而发落成片。本病总的治疗原则是，实证以清以通为主，血热清则血循其经，血瘀祛则新血易生；虚证以补以摄为要，精血得补则毛发易生。

本节所选医案的主治医家在治疗本病时认为针灸疗法能较好的促进毛发生长，取得了良好的疗效。各医家除根据辨证选取相关穴位外，均在头部或病变局部刺激，这是治疗本病的共同特点。

王秀珍医案：王氏根据中医认为头发的生长与肾和血关系密切的理论，故有“发为血之余，肾之华在发，发得血则生，血瘀则发脱”之说。可见肾虚、血瘀均能使毛发脱落。王氏认为斑秃多因七情内伤、情志抑郁，劳心伤脾等影响气血生化或导致气滞血瘀，毛发失去营养而致脱落。王清任云：“脱发皆缘血瘀。”现代医学认为精神神经因素是发生本病的主要原因。所治病例因精神刺激引起脱发，伴有神经衰弱症状，刺血太阳、曲泽治疗起到活血生发的作用。

张家维等医案在治疗中运用了电梅花针，将一定电源的两根输出线一根接在梅花针上，一根接在铜棒上，则可制成电梅花针。他们观察患者斑秃致病原因较多，有因血虚生风，风盛血燥，发失濡养，故重叩风池穴以祛风养血；有因肾气虚不能荣养毛发，亦有因血瘀阻碍生新者故用药物注射肾俞、心俞、膈俞、三阴交等穴以益肾、养血、化瘀。叩刺头部使毛囊、尤其是毛乳头周围的血管动脉充血，血流量增



多，从而增强毛囊的活性，使毛囊的生长力旺盛，血液供应充足。叩刺督脉、夹脊、背俞穴，能宣导阳气、疏通经络、养血安神、补肾益精，促进新发再生。他们认为用梅花针的手法对疗效的产生具有重要作用。治疗时，要求用腕力弹刺。弹刺是利用手腕灵活的弹力，使针尖与皮肤表面呈垂直接触后立即弹起。弹刺时，要做到网状均匀密刺，不要过强或过弱，一定要以患者能耐受的刺激度为宜。叩打时落针要稳准。还可用平刺，不要用慢刺、压刺。同时治疗中他们认识到本病与精神、神经因素有关，患者由于神经营养障碍、内分泌功能失调、脂肪代谢障碍、病灶感染等，大多数伴有失眠、梦多、心悸、健忘等症状。通过电梅花针刺激，可以整体调节机体的内分泌和神经系统，提高免疫功能，尤其是细胞免疫功能，从而伴随症状也可治愈。

田从豁医案：两次脱发均有精神因素，精神紧张，肝气不舒，暗耗阴血，阴血亏虚，皮膜不固，血虚生风，发失所养，故发生斑秃。阴血不足，心失所养，心神不宁，神不守舍，故患者表现失眠、多梦、焦虑。阴血不足，冲任空虚，则经期错后，经血量少。所以治疗上以养血熄风、养心安神为总则。方中梅花针叩刺脱发局部及涂擦姜汁为局部治疗，取其活血通络，加强局部血液循环的作用；体针为全身调整之举，方中神庭、神门镇静安神，血海、三阴交益气养血，以养血为主，内关、膻中、太冲疏肝理气。

焦顺发医案：因精神刺激导致全秃，焦氏选双侧足运感区、感觉区采用头针治疗，足运感区擅长治疗皮肤炎症性病变，并位于头顶部；感觉区，可治疗偏头和后头部的局部病症。两者结合运用，疾病痊愈。

第六节　疖、痈、疮

一、薛立斋

痈《续名医类案》

立斋治张锦衣，年逾四十，患发背。心脉洪数，势危剧。《黄帝内经》云：心脉洪数，乃心火炽甚。诸痛痒疮疡，皆属心火。心主血，心气滞则血不行，故生痈也。骑竹马灸穴，是心脉所由之地，急灸之，以泻心火，隔蒜灸以拔其毒，再以托里消毒果愈。

二、王秀珍

(一)败血留滞、血瘀肉腐型痈疽《刺血疗法》

罗某，男，43岁，干部，1964年10月7日初诊。后背生一肿物伴高热疼痛1周。起初右背长一指尖大疙瘩，中间有粟米样白头，红肿面积不断扩大，恶寒发热。



曾在某医院外科经抗炎治疗数日，症状未能控制，红肿益甚，疼痛剧烈，眠食俱废，要求刺血。检查：痛苦面容，体温38.8℃，血压112/72mmHg，背部右上方有9cm×8cm之大痈，焮热红肿，触之发硬，中心皮肤破损，有脓点，无波动感。诊断：背痈。治疗：刺血委中（右）、局部。效果：治疗操作完毕，即感背部轻松大半，疼痛顿减，次日体温降至正常，病变局部颜色由鲜红变淡红，皮肤打皱，3d后背痈全部消散。

（二）败血留滞、血瘀肉腐型痈疽《刺血疗法》

王某，女，37岁，保育员，1965年3月2日初诊。后背肿痛，高热已5d。左背部长一肿物，由小渐大，发冷发热，周身无力，背不能屈，在某院已注射青霉素等治疗4d，热势未解，局部红肿面积向周围漫延，不思进食，口干引饮，夜寐不安，大便燥小便赤。检查：急性病容，体温39℃，血压120/70mmHg，左背红肿面积10cm×8cm，中间有数个脓点，焮热触痛，中等硬度。实验室检查：白细胞1.4×10^{9}/L（14 000/mm^3），中性0.8，淋巴0.18，单核0.02。舌苔黄燥，脉弦数。诊断：背痈。治疗：刺血委中（左）。内服：牛黄解毒片0.6g×12片，3/d，4片/次。效果：刺血1次，次日体温正常。白细胞亦降到正常值。红肿面积不断缩小，1周内背痈全部消散痊愈。

（三）疖肿《刺血疗法》

梁某，男，30岁，工人，1981年1月8初诊。臀部常起疖肿，反复交替发作已3年，局部曾9次切开排脓。幼年患病，肌肉注射药液，残留硬结不散，局部常急性发炎。目前左臀部又起大小疖肿4个，红肿疼痛，发痒。每于春节期间饮酒后发作严重。曾在安徽省某医院服中药50余帖，注射青、链霉素等治疗，未能根治，殊感痛苦。今来刺血科治疗。检查：左臀部有鸡蛋大小硬结1个，压痛明显，指头大疖肿3个，局部红肿，可见臀部多处手术瘢痕。诊断：臀部疖肿。治疗：刺血委中、腰俞。1月23日复诊：刺血后臀部硬结缩小，只有枣核大，小疖肿已消退。刺血委中后，臀部疖肿消散，随访5年臀疖未再发作。

（四）疖肿（毛囊炎）《刺血疗法》

周某，男，51岁，工人，1975年4月19日初诊。患者近2年来面部及鼻腔内患多发性热疖。经某医院检查诊断为面部及鼻内毛囊炎。用中西药物治疗，仍经常复发，不能根治，殊感痛苦。近6个月来，经常发生鼻腔内肿痛，有脓性分泌物，影响通气。检查：鼻腔微红肿，有3个米粒大小之硬结，且有淡黄色黏性分泌物。细菌培养为金黄色葡萄球菌生长。药物敏感试验：红霉素敏感。诊断：毛囊炎。治疗：刺血太阳、印堂。4月26日复诊：刺血后感觉鼻腔局部肿痛减轻，分泌物明显减少。刺血：太阳。效果：经刺血2次痊愈。随访观察10年未复发。

三、刘保延

痈疡《火针》



张某，男，28岁。右臀部生长2个痈肿3d。患者于3d前即发觉右臀部有一肿胀不适处，继之在其邻处又生出一肿块物，肿处灼热疼痛，遂在本单位医务室服消炎药3d无效而来诊。检查：右臀部环跳穴处下方有1个3cm×3.5cm的肿块，在其下方有1个1cm×1cm的肿块，肿块局部红硬，光亮，触之剧痛，无波动感。舌质红，苔薄黄，脉弦数。诊断为痈疡。治疗选用中等火针速刺较大肿块4针，刺小肿块2针。隔日1次。2诊，红肿明显消退，触之已不觉痛，治之同前。又治2次而愈。

四、魏　稼

热毒壅结型疖肿《魏稼针灸经验集》

张某，男，6岁。患儿左手外关穴旁生疖肿有4d。现症见发热，头痛，疖肿约蚕豆大，高突红肿，质硬实，舌红，苔黄，脉数。诊为暑疖疔毒，证属热毒壅结。治拟泄热解毒法。急嘱患者之母觅独头蒜。切片置疮上，再以艾炷隔蒜灸，用泻法，每次灸3壮，每日2次。数日疖溃脓出，改敷玉露膏，第4天脓尽疮敛而愈。

【导读】

疖是指发生在肌肤浅表部位、范围较小的急性化脓性疾病。痈是指发生于体表皮肉之间的急性化脓性疾病。其特点是局部光软无头，红肿疼痛(少数初起皮色不变)，结块范围多在6～9cm，发病迅速，易肿、易脓、易溃、易敛，或伴有恶寒、发热、口渴等全身症状。西医的皮肤毛囊感染归属于中医疖痈范畴。疖常因内郁湿火，外感风邪，两相搏结，蕴阻肌肤所致；或夏秋季节感受暑毒而生；或因天气闷热汗出不畅，暑湿热蕴蒸肌肤，引起痱子，复经搔抓，破伤染毒而成。治疗以清热解毒为主，但疖病多虚实夹杂，必须扶正固本与清热解毒并施。痈多因外感六淫邪毒，或皮肤受外来伤害感染毒邪，或过食膏粱厚味，聚湿生浊，邪毒湿浊留阻肌肤，郁结不散，可使营卫不和，气血凝滞、经络壅遏，化火成毒而成痈肿。治疗宜清热解毒、和营消肿，并结合发病部位归经选穴。

《续名医类案》所载薛立斋运用骑竹马灸治疗疮疡。骑竹马灸法最早见于南宋闻人耆年的《备急灸法》。选穴位于第9，10胸椎棘突之间(筋缩穴)左右旁开各1寸处。《针灸大成》曰“此二穴，专治痈疽恶疮，发背，疔毒，瘰疬诸风，一切病证。先从男左女右臂腕中横纹起，用薄篾一条，量至中指齐肉尽处，不量爪甲，截断；次用篾取前同身1寸；却令患者脱去衣服，以大竹杠一条跨定，两人随徐扛起，足离地3寸，两旁两人扶定，将前量长篾，贴定竹杠竖起，从尾骶骨贴脊量至篾尽处，以笔点记，后取身寸篾。各开一寸是穴”。大凡痈疽，多先伤五脏而后发之，所以五脏不和，则六腑不通，六腑不通则九窍闭塞。九窍闭塞则邪气留结可以为痈。故毒随不同脏腑而发，明虞抟《医学正传》云：“痈疽始发，即以艾多灸之，可使轻浅，骑竹马灸法最妙。盖艾火畅达，拔引郁毒，此从治之意”，可惜近人少用。



王秀珍医案：王氏指出《黄帝内经》以“痈”、“疽”来命名体表局部的感染性炎症，其发病病机是“营卫稽留于经脉之中，其血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不得行故热，大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓”。无论内痈或外痈总由败血留滞、血瘀肉腐而成。《医宗金鉴·外科心法》云：“痈疽原是火毒生，经络阻隔气血凝，时毒瘀血壅胜证，砭石治法最宜行”。指出痈疽的病因、病机及用砭针刺血泄毒外出的治法。刺血治疗痈疽等症，旨在疏通经脉中壅滞的气血，泄毒通络，促进炎症消散、吸收、转愈。尤其是搭背、脓肿未成之时，刺血治疗可以治疗。

刘保延医案：刘氏应用火针治疗痈疡，本疗法历史悠久，疗效确切，为历代医家所推崇。如《千金方》中言：“当头以火针，针入四分瘥”，“脓深难见，肉厚而生者用火针”。《圣济总录》中认为“夫痈疽者……脓成即当弃药，从针烙也……若不针烙决溃，热毒无从而解，脓瘀无从而泄，或过时不针，即反攻于内”。古代医家多把火针列为治疗痈疽的重要或首选治疗方法。随着医学的发展，这一古老而有效的方法渐被淡忘，但火针法治疗本病较之其他疗法包括西医外科确有其优势，如操作方便，疗程短，治愈率高，尤其是应用火针对痈疡早期治疗，则可发挥截断扭转之优势，使痈疡速消，极少发展到成脓期或破溃，故在临床上应提倡火针治疗疮疡。

魏稼医案：魏氏治疮疡疖肿之阳证用灸的祖传经验是将独头蒜切成约 1cm 厚薄片数片，或捣成蒜泥贴敷于患部，再用艾绒铺置其上点燃，以微痛为度，要达到原痛灸至不痛，不痛灸至痛为止。此法可以热引热，拔毒消肿止痛，早期可促进其消散，中期则可加速脓毒排泄，晚期可使收口。最后以玉露膏外敷善后。

第七节　瘰　疬

一、王执中

瘰疬《针灸资生经》

有同舍项上患疬，人教用忍冬草研细，酒与水煎服。以滓敷而愈。次年复生，用前药不效，以艾灸之而除根，有小儿耳后生疬，用药敷不效，亦灸之而愈云。

二、周汉卿

瘰疬《明史·周汉卿传》

钱塘王氏女生瘰瘰疬，环头及腋凡 19 窍。窍破白瀋出，将死矣。汉卿为剔窍，贯深 2 寸，其余烙以火，数日结痂愈。

三、杨继洲

瘰疬《针灸大成》



己巳岁，尚书王西翁乃爱，颈项中核肿痛，药不愈，召予问其故？曰：项颈之疾，自有各经原络井俞会合之处。取其原穴以刺之。后果刺，随针而愈，更灸数壮，永不见发，大抵颈项，乃横肉之地，经脉会聚之所，凡有核肿，非吉兆也。若不究其根，以灸刺之，则流窜之势，理所必致失。患者慎之。

四、缪仲淳

瘰疬《续名医类案》

缪仲淳治朱文学镳患疬，为灸肩井、肘尖两穴各数壮而愈。

五、魏之琇

瘰疬《续名医类案》

灸瘰疬，以手仰置肩上，微举肘，取肘骨尖上是穴。随所患处，左即灸左，右即灸右。艾炷如小箸头许，3 壮即愈。复作即再灸如前，不过 3 次，永绝根本。先倅汤寿资宰钟离，有一小鬟病疮已破，传此法于本州一漕官，早灸，晚间脓水已干，凡两灸遂无恙。后屡以治人皆验。骆安之妻患四五年，疮疬如田螺靥不破退。辰时著艾，申后即落，所感颇深。凡 3 作 3 灸遂除安矣。

六、陈慰苍

少阳风热与厥阴郁火互结型瘰疬《古今针灸医案医话荟萃》

张某，男性，17 岁。左颈项瘰疬急性发作引起高热，肿块直径 1.5cm，白细胞 $13.8\times10^9/L$（13 800/mm^3），嗜中性 0.85，由外科转入针灸科试治。患者神情烦闷，两脉弦滑，苔薄白。根据当时症情结合脉苔分析，初步诊断为少阳风热与厥阴郁火互结而成瘰疬，决定针取手足少阳之会穴翳风、肩井，运用泻法久留针，以疏风热而散郁火，再温针瘰疬、劳瘵的经验奇穴百劳，以起散结通络之功效，针灸 8 次时，颈项间的肿块显著软化和缩小，2 个疗程（每个疗程针灸 12 次）时，肿块完全消失无遗。

七、刘保延

肝气郁结，脾失健运型瘰疬（颈淋巴结核）《火针》

李某，女，38 岁，农民。左颌下及颈部生长一硬核已 6 个月余。6 个月前因其父去逝忧伤过度又复感受风寒之邪而出现咳嗽、发热、咽痛等症状，经服药及肌注抗生素，病情逐渐好转，但左颌下始生一硬核，初如小枣大小，渐至核桃大小，且颈部亦长出 3 个大小不等的硬核，在当地医院经切片、化验诊断为：颈淋巴结核。经服抗痨药及肌注链霉素等药，未见明显好转。经人介绍而来诊。检查：患者体瘦，面㿠白，心情抑郁沉重，左颌下及颈部可触及 4 个硬块，最大为 3cm×4cm，质硬，边



缘清，推之可移，轻微触痛。伴有纳呆，易怒，眠差，大便偏干，小便可。舌淡红，苔白微黄，脉沉细弦。辨证为瘰疬，肝气郁结，脾失健运型。治疗以毫针配合火针。毫针取穴中脘、足三里、阳陵泉、太冲、结核穴，手法补泻兼施。于瘰疬处用中等火针行速刺法，先刺颌下硬核3～4针，继刺颈部小硬核1针。隔2日行火针1次，毫针隔日1次。经治7周而告愈。

八、钟梅泉

肝郁气滞，痰火互结型瘰疬《中国梅花针》

王某，男，25岁，会计，1963年6月13日初诊。右侧颈部淋巴结肿大已1.5年。肿块逐渐长大，局部发胀痛，性急心烦，神倦乏力。服抗痨药、注射链霉素未收效。某医院建议手术治疗，患者未接受。检查：胸透两肺有陈旧性结核病灶。血沉16mm/h，右侧颈部有1个6.5cm×4.5cm×2.1cm肿块，还有2个如杏核大肿块，按之坚硬，无波动感。在颈椎两侧及胸椎5～9两侧和腰部有条索并有压痛，下颌部有结节和压痛。脉细弦，苔薄黄。证属肝郁气滞，痰火互结所致。拟以疏肝解郁，化痰软坚为治。根据病证，选取后颈部、胸椎5～10两侧、患部、下颌部、风池、外关、天井、曲池、期门、阳性物处进治。采用梅花针治疗14次后，肿块缩小，胀痛亦减；治疗30次后，肿块缩为3.6cm×2.2cm×0.5cm；治疗40次后，肿块外观已平坦，但触摸仍有1个如蚕豆大肿物，无痛感，血沉8mm/h，其他无不适感而停诊。随访观察2年，除患处仍有1个蚕豆大肿物外，其他无异常。

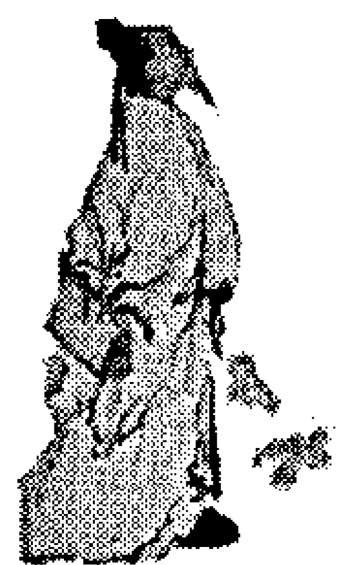
九、郑魁山

情志不畅，湿痰凝结型瘰疬（颈淋巴结核）《郑氏针灸全集》

王某，女，15岁，学生。因左颈前肿块2年，1957年4月8日初诊。患者2年前左颈前起1个肿块，近1个月来逐渐增大，有时疼痛，在北京市某医院诊断为颈淋巴结结核，经服异烟肼等药未见好转。检查：左颈锁骨上窝部有2～3个肿块，小指头大小，质地稍硬，皮色正常，舌苔薄白，脉弦滑，76次/min。X线摄片检查：发现第2肋间有片状阴影，印象为左上肺结核。血象检查：血红蛋白9.3g，红细胞3.46×10^{12}/L，白细胞4.3×10^{9}/L，中性0.72，淋巴0.25，嗜酸0.03，血沉14mm/h。西医诊断为颈淋巴结结核；中医辨证系情志不畅，湿痰凝结颈部。采用疏经活络、消坚散结之法治之。取阿是穴（在肿大的淋巴结周围）用围刺法，曲池沿皮透臂臑，用泻法，留针20min，每日1次，针治10次，疼痛减轻，肿块范围缩小为5.5cm×3.3cm×1cm，改为每周针3次，治疗至1957年7月9日，针达43次时，肿块和疼痛消失，治愈停诊，1958年随访未复发。

【导读】

瘰疬是好发于颈部等处的一种皮肤结核，因其结核累累如贯珠之状，故称瘰



疬。又名"老鼠疮"或"疬子颈",多见于体弱儿童或青年。临床起病缓慢,初时皮下结核如豆,皮色不变,不觉疼痛,日久渐增窜生,继而软化坏死成寒性脓疡,最后病灶溃破脓水清稀,夹有败絮状物。多此愈彼起,形成窦道,所以也称"鼠瘘"。西医的颈淋巴结核或皮肤结核归属于本病范畴。瘰疬之病,常因忧思恚怒,肝气郁结,气郁伤脾,脾失健运,痰湿内生,结于颈项而成;日久痰浊化热,或肝郁化火,下烁肾阴,热胜肉腐而成脓,溃后脓水淋漓,耗伤气血,经久难愈。也可因素体肺肾阴亏,以致阴虚火旺,肺津不能输布,灼津为痰,痰火凝结而形成其病演变可分为 3 个阶段。初期(硬结期)皮下结核肿大,按之坚硬,推之能移,不热不痛,多无全身症状。中期(化脓期)结块增大,病灶局部逐渐软化。按之有波动感,伴轻微发热,食欲不振、全身乏力等。后期(破溃期)结块破溃,流清稀脓水或败絮样物,溃破口难以愈合或形成窦道。常伴潮热、咳嗽、盗汗等肺肾阴亏之证;或出现面色少华、精神倦怠、头晕、失眠、经闭等气血两亏之证;或出现腹胀便溏、形瘦纳呆等脾虚不运之证。如脓水转厚,肉芽转成鲜红色,则即将愈合。

针灸治疗瘰疬不失为一种有效、常用的方法,大量的古代文献和现代临床报道认为治疗时采用毫针围刺、针挑、梅花针打刺,火针及灸法等均有疗效。由于瘰疬病位于颈部,是少阳和阳明经脉循行所在,故治疗时也以选取这两条经脉上的穴位为主。

宋代著名针灸专家王执中的《针灸资生经》中以艾灸之是指隔蒜灸。操作时以独头蒜裁两头留心,作艾炷如蒜大小,贴患部上灸之,勿令之破肉,但取热而已。七壮一易蒜,日日灸之,待疬消止。

《明史》中记载周汉卿所治病例为瘰疬破溃而形成的瘘管,流出的稀薄淡白色脓液,周汉卿为之剔窍(清创)后烙之以火,采用火针治疗,数日结痂而愈。

明代著名针灸专家杨继洲所治瘰疬肿痛,取其原穴以刺之,随针而愈,更灸数壮,永不见发。

明代医家缪仲淳所治病例灸肩井、肘尖两穴数壮而愈。

清代医家魏之琇在《续名医类案》中记述了多种瘰疬的外治之法,认为艾灸效果更好。所治病例取肘骨尖上,左即灸左,右即灸右,用艾灸攻其外,拔引蕴毒,疏通经气,以使邪去正复。

陈慰苍医案:辨证为少阳风热与厥阴郁火互结型瘰疬,取手足少阳之会穴翳风、肩井针刺泻法久留针,以疏风热而散郁火,配合温针奇穴百劳,百劳穴为经外奇穴在项部,当大椎穴直上 2 寸,后正中线旁开 1 寸,是治疗肺痨及瘰疬的经验穴,有散结通络之功效,经治肿块完全消失。

刘保延医案:刘氏指出关于火针治疗瘰疬古人早有记述。如《针灸聚英》"破瘤坚积结瘤等,皆经火针猛热可用",《外科正宗》"火针之法独称雄,破核消痰立大功,灯草桐油相协力,当头一点破凡笼","治瘰疬病痰核生于项间,初起坚硬或如梅李,



结聚不散，宜用此法针之。插药易消，用缝衣大针针二条，将竹箸头劈开，经针双夹缝内，相离1分许，用线扎定。先将桐油一盏，用灯草六七根油内排匀点着，将针烧红，用手指将核握起，用针妆顶刺入四、五分，核大者再针数孔亦妙，核内或痰或血随即流出，候尽以膏盖之"等。刘氏临床体会火针对瘰疬各期均有较好的治疗作用，认为火针疗法以其善化痰核、易排脓水、祛腐生肌的功效见长。中、早期应化痰散结，通经活血为主。早期取局部阿是穴（结核处），用中等火针行速刺法，从单个结块入手，如为多个结块可先选用最早出现或最大的结节肿块，每次取1～2个施术。结块小者可从结块中心进针，针深达结块2/3为宜，1针即可。结块大者先在结块中心刺1针，再于结块四周向其中心斜刺2～3针，采用速刺法不留针。针后如有少量出血，用消毒干棉球拭去即可，每周治疗1～2次，2～3次后即可收效。中期取局部阿是穴（病灶软化波动处），用粗火针行速刺法，不留针。如结块甚大则取其波动处之低垂位置，从下斜向上进针，至结块有波动感处中心后迅速出针。针后针眼处可流出清稀脓水，夹有败絮样物。如排脓不彻底，可配合手法挤压或拔罐，使脓水流尽。行针1次即可排尽脓水，若不尽，可隔日治疗1次。待脓尽后，为防脓水再生可用火针留针法留针10min即可，亦可配合药捻法。取陈醋、猪胆汁各500ml，盛入搪瓷盆中，煮成粘膏状，然后放入红花5g，轻粉2g，混合揉匀后搓成长2～5cm，如火柴棒粗细的药捻，阴干后放入装有漳丹的容器内备用。用火针刺入，待脓液排出，选用合适药捻放入，外敷消毒纱布，据分泌物多少，每日调换。后期以化痰通络，调补气血为主。取局部阿是穴（破溃处或窦道），用中等火针或粗火针从溃破疮口处向结块内刺入，深达结块的2/3，或沿窦道走行用火针刺入，留针10min，再于疮口周围0.5cm处用火针浅刺、围刺，行速刺法，不留针。若窦道过长，还可在窦道中部点刺2～3针。1周后，若疮口（或窦道）愈合则按硬结期处理。若尚未愈合，可用前法再次行火针治疗或配合药捻法治疗。火针疗法不仅可用于瘰疬的任何一期，而且可用于体表其他部位的淋巴结核或炎症结块，尚可用于因各种化脓性炎症引起的体表部位瘘管或窦道。因其具有操作简便，见效快，可根治的特点，故受到历代医家的赏识和推崇。在应用火针局部治疗的同时，如果同侧远端有关腧穴如肘尖、曲池透臂臑、结核点等穴，施以毫针刺法，或隔物灸法以及穴位注射法配合使用，常可相得益彰，疗效更为显著。所治病例采用火针配合针刺中脘、足三里、阳陵泉、太冲、结核穴等后治愈。结核穴为经外奇穴，在后正中线大椎穴旁开3.5寸处，是治疗肺痨及瘰疬的经验穴。

钟梅泉医案：钟氏认为采用梅花针治疗瘰疬有一定疗效，对早期患者疗效好。瘰疬患者在颈椎两侧及胸椎3～10两侧有条索及压痛，下颌部有结节、条索及压痛，腰部有泡状软性物或条索，三阴交穴有压痛。肝郁痰凝患者，在颈椎两侧及胸椎7～10两侧有条索和压痛，下颌部有结节及压痛。脉弦滑，苔薄腻。拟以疏肝解郁，化痰软坚为治。选穴：后颈部、胸椎7～10两侧、患部、下颌部、风池、外关、曲



池、肝俞、期门、阳性物处、天井。肺肾阴虚患者在颈椎两侧及胸椎 3～5 两侧有条索及压痛，下颌部有结节，腰部有泡状软性物，三阴交穴有压痛。脉细数，舌红少苔。拟以滋阴清热，化痰散结为治。选穴：后颈部、患部、下颌部、胸椎 3～8 两侧、腰部、大推、曲池、合谷、肺俞、肾俞、三阴交、阳性物处、天井。操作时一般采用中等度刺激。阳性物及阳性反应区采取较重刺激手法。若患部淋巴结已溃破者，仅叩打患部周围。对患部淋巴结肿块即打，先从四周向内刺激，接着术者将手指固定肿块，作向上、下、左、右方向推移肿块，随即在肿块基底部作重点刺激。

郑魁山医案：郑氏的临床治疗经验是针阿是穴（在肿大的淋巴结周围），用围刺法。沿皮透刺阳明经脉的曲池臂臑，用泻法留针 10～20min，以疏经散结。如结核坚硬而大的用消毒缝衣针将粘有砒霜的药线，由结核外面的皮肤进针，穿过结核由对面的皮肤将线取出，以攻毒散结。治疗中认为早期患者，瘰疬能活动的疗效佳，晚期瘰疬融合成块，推之不移的疗效差。由于砒霜有剧毒，读者在使用时一定要慎重。

第八节 红 丝 疗

一、王秀珍

红丝疗（急性淋巴管炎）《刺血疗法》

沈某，女，25 岁，教师。1978 年 5 月 24 日初诊：右小腿红肿热痛 1 周。患者于 7d 前突然恶寒发热，右小腿内侧大片皮肤红赤。素有趾丫糜烂史。经某医院注射青霉素治疗，体温略有下降，但右腿红肿范围反见扩大，心中烦热，口渴善饮，大便干燥，2d 1 次，舌苔薄黄，脉弦数。要求刺血。检查：体温 38℃，右小腿皮肤红赤 16cm×10cm，扪之灼热，压之褪色，内踝上有一条粗梗，直通大腿，腹股沟淋巴结肿大，压痛明显。诊断：急性淋巴管炎（红丝疗）。治疗：刺血阴陵泉、悬钟。内服清热解毒中药 3 帖。双花 12g、连翘 12g、玄参 10g、生大黄 10g、败酱草 12g。5 月 29 日复诊。患腿红肿消退大半，体温正常，腹股沟淋巴结及红梗消散。刺血：委中、三阴交。6 月 5 日 3 诊：红肿基本消退，腿肚下有一块红紫斑稍硬。刺血：局部。效果：刺血 3 次，内服中药 3 帖，炎症消退，痊愈。

二、刘保延

红丝疗（急性淋巴结炎）《火针》

梁某，女，48 岁，农民。右下肢小腿内侧有一红丝 3d，伴发热，头痛。患者既往有脚气史，3d 前因在污水中站立时间过长当晚即出现有右脚脚气部位红肿，疼痛，自涂脚气水，疼痛反加重，至第二天上午发现小腿内侧长出一红丝，自用红线扎紫



红丝尽头，无效，并出现发热，体温达38.3℃，恶寒，身痛。在某卫生所诊治嘱其服消炎药1d仍无效而来诊。检查：右下肢自内踝部位向腘窝部位有一约0.5cm宽的红丝，颜色较红，质较正常皮肤硬，腹股沟淋巴结有肿大，红丝走行部位压痛。周围有条索状物。化验：白细胞13×10^9/L（13 000/mm^3），中性0.65，淋巴0.33，单核0.02。诊断为急性淋巴结炎。治疗首先用细火针点刺红丝循行部位，在红丝尽头用中等火针速刺3针使其少量出血。嘱患者24h后用黄柏50g煎水放凉后加入芒硝30g，冰片5g，频擦患处，并内服清热解毒汤药3剂，3d后来诊。2诊时，患者已无发热，红丝隐约可见，治之同前，共治3次而愈。

三、张涛清

（一）红丝疔（急性淋巴管炎）《张涛清针灸治验选》

聂某，男，55岁，工人，1954年11月10日初诊。自诉：1周前右足部不慎撞伤，昨夜感到右腿疼痛，以右腹股沟疼痛剧烈，今晨起床后，右腿内侧一条红线向上蔓延，患肢酸胀疼痛，即来医院就诊。检查：患者隐白穴处有一创伤，右侧腹股沟淋巴结肿大，压痛明显，自右足腕商丘穴处向上至阴陵泉处有一带状红线，指压不退色，舌质红，苔薄微黄，脉弦。诊断为急性淋巴管炎，辨为红丝疔，治宜活血化瘀，行气通络。取穴：红线头（阿是穴）、身柱、灵台、公孙、内关。手法：当即用三棱针于红线头上点刺出血，并与红线上分段放血。其余诸穴进针得气后，施以大幅度提插捻转不留针泻法。次日患者来院告曰："昨日针后即感轻松，夜间已不觉疼痛，天亮时，红丝已经不见，诸症消失"。

（二）红丝疔（急性淋巴管炎）《张涛清针灸治验选》

王某，男，32岁，干部，1977年10月21日初诊。自诉：5d前，右手拇指指甲内侧起一小包块，疼痛难忍，某医院诊为"甲沟炎"。自前天开始发冷发热，自以为感冒而未在意。今晨起床时，右臂疼痛，发现右上臂内侧红肿一条，从肘窝起上至腋横纹头，近肘窝端红肿条宽约两指，近腋窝端逐渐变如火柴杆。10月21日来我院就诊。检查：见患者右手拇指指甲内侧长一蛇头疔，患肢肿胀压痛，红线上至腋部，舌红苔薄黄，脉弦细。诊断为急性淋巴管炎，辨为蛇头疔，治宜活血化瘀，行气通络。取穴：取穴与手法如上述。10月22日复诊，右臂红条消失，疼痛亦除而告病愈。

四、郑魁山

水邪内侵，湿毒郁结型红丝疔（急性淋巴管炎）《郑氏针灸全集》

苏某，男，30岁。因手指肿痛，1970年6月19日初诊。患者前2d左手拇指起一小白泡，麻木作痒，被雨淋后红肿疼痛，第2天肿痛加剧，痛如锥刺，恶寒发热，从拇指肿处起红线，向肘部走窜。检查：左拇指内侧指甲根处有一小伤口，红肿灼热，



从伤口处上方出现一条直行的不规则红线，向上蔓延至肘窝处。精神疲倦，发热寒战，无汗，体温38°C，面晦无华，舌苔薄白，脉弦紧，84次/min。西医诊断为急性淋巴管炎；中医辨证系水邪内侵，湿毒郁结。采用清热利湿，消肿止痛之法治之。先取红丝疔之顶端（尺泽）放血，然后沿红丝疔从上向下孔最、列缺、鱼际和红线的起端，用三棱针点刺出血并点刺至阳、隐白出血。针治1次疼痛减轻，体温降至37°C，每日针治1次，针治3次红线消退，红肿渐消，针治5次，拇指疮面溃破，流出灰黑色毒水，肿痛完全消失，治愈停诊。1970年7月1日随访复查，左手拇指脱了一层硬皮，未复发。

【导读】

红丝疔多因手足皮肤损伤，感染邪热火毒，走注经络所致，临床表现为疔疮局部红肿热痛，发热，继而则见皮下红丝起于伤肿处，并迅速沿手臂或小腿向心走窜，严重者，全身寒战，头痛乏力，食纳减少。红丝疔又名赤疔、血箭疔、红线疔、金丝疮、血丝疮、红演疔、血丝疔、红丝疮、红丝血箭疔、红演儿、紫疥斑。西医的急性淋巴管炎归属于本病范畴。红丝疔之名出《疮疡经验全书》。《外科正宗》有“红丝疔起于手掌节间，初起形似小疱，渐发红丝，上次手膊……”的论述。主要因于火毒凝聚，或因破伤感染诱发。其证多见于手足，生于手者，红丝入腋；生于足者，有红丝入腹股，均属重症，治疗总宜清热解毒。

本节所选医案的主治医家在治疗中多采用了刺血疗法，可见刺血疗法在本病治疗的重要地位。

王秀珍医案：王氏认为刺血治疗起到行气活血、清热解毒、祛瘀散结的作用。所治病例发病在下肢，采用位于下肢的阴陵泉、悬钟、委中、三阴交穴位刺血治疗，取得了良好的疗效，治疗的过程中可与清热解毒药物联合应用。

张涛清医案：张氏认为刺血治疗红丝疔应辨证论治，常可针到病除，红丝疔引起败血症（疔毒走黄）者也有效果。所治病例均采用了刺血的方法，取得较好疗效。但主张皮肤破损部红肿发硬处，切忌挤压。

郑魁山医案：郑氏也提倡应用刺血方法，具体操作是用三棱针先针红丝疔之顶端刺破出血，然后再将红丝疔之起端和中间，点刺出血，俗称截头、断尾、斩中腰，以泻血中毒热。

刘保延医案：刘氏认为火针治疗红丝疔也有独特的疗效，是有效治法之一。红丝或结块的治则是清热解毒，散结消肿。取局部阿是穴（原发皮损处，结块处及红丝线），用中粗火针行速刺法，点刺原发皮损处及结块处，进针稍深，再用细火针沿红丝走行每隔3cm点刺1针，灼断红丝线、尤宜注意在红丝线顶端点刺1针，以截断红丝。可用大小合适的火罐在火针点刺局部拔罐排毒。若已成脓或破溃的则应排脓解毒，生肌敛疮，取局部阿是穴，用中等火针行速刺法。成脓者，可刺脓点，以促排其脓，如脓不能排尽则于局部拔罐；已溃破者，先用火针助其排脓干净后，从疮



口进针以达收口敛疮、祛腐生肌之效。用火针治疗红丝疔治疗应注意以下几点：①首先治疗原发病及时祛除病灶。②应及时对症治疗，避免其继续发展，③伴见高热神昏，胸痛、咯血等疔毒走黄征象，需配合其他疗法抢救，不可一味依赖火针。

第九节　乳　痈

一、王秀珍

乳痈（急性乳腺炎）《刺血疗法》

孙某，女，24岁，工人，1973年11月10日初诊。右乳房红肿疼痛伴发热1周。初产数日，婴儿吸奶，乳头破裂，出现寒战高热，右乳房红肿胀痛。住某院治疗1周，经大剂量抗生素、补液、芒硝外敷等治疗，体温略有下降，但乳房红肿未消，疼痛未减，经人介绍来刺血。检查：体温38.5℃，右乳红肿，乳头下1寸处有结块4cm×4.5cm，触痛，无波动感，结块周围青筋显露，舌苔薄黄，脉弦数。诊断：急性乳腺炎（乳痈）。治疗：刺血局部（取结块下方之静脉血管出血）。效果：1周后其夫来述，刺血后次日体温正常，乳房硬块变软缩小，逐渐消散而愈。

二、杨楣良

湿热内蕴、郁热化火型乳痈（急性乳腺炎）《古今针灸医案医话荟萃》

周某，女，30岁，已婚，服务员，1962年12月12日就诊。主诉及病史：右侧乳房已肿胀疼痛1周。开始于产后第7天，恶寒发热、周身不适，四肢疲惫，即觉右侧乳房发胀，乳汁不畅，继之渐趋红赤焮热。曾去某医院外科治疗，诊断为急性乳腺炎。经用抗生素及中草药治疗，未能控制病情，遂来针灸治疗。体温38.9℃，面赤，右乳房肿胀焮热红赤，右3～4肋乳中线处有3cm×5cm之硬结，乳头之前下方有2.5cm×5cm硬块，触之质硬，局部压痛，尚无波动感。乳头有皴裂可见。脉象弦数，舌质淡红，舌苔黄腻。辨证施治：病由阳明湿热内蕴、少阳郁热化火，而热毒自成，属乳痈之症。治宜清热解毒、化瘀散结。治疗经过：12月12日上午初诊。处方与操作：少泽、商阳（三棱针点刺出血），曲池、足三里（均双），肩井、极泉（均右），膻中，施透天凉手法。留针40min，留针期间重复手法2次。12月12日下午2诊：体温降至38℃，已不觉恶寒，乳房胀痛感已减。脉象弦紧，舌苔黄腻，再按上方之意去足三里加刺患侧期门为治。12月13日上午3诊，体温37.6℃，仍有乳汁溢出，乳房胀痛感大减，述昨日下午起，乳房出现凉感，有时右侧半身亦有凉感，局部红肿基本消退，乳上之硬结缩小为2cm×4cm，质稍软，乳下之肿块缩小为2.5cm×3.5cm，患部压痛逐减，精神好转。惟大便已数日未解。脉弦滑、舌淡、苔薄白中黄。再拟清解兼通腑气为治。取肩井、期门（均右）、少泽三棱针点刺出血，曲池、上



巨虚、支沟(均双),透天凉手法,留针35min。12月13日下午4诊,体温37.3℃,上午诊后有肠鸣,大便已下,自觉精神大为好转,食欲增进。针曲池(双)、肩井(右),均行泻法;足三里、膻中行平补平泻法。12月15日5诊,体温37℃,乳房已无胀痛感,乳上之硬结已缩小为1.5cm×2cm,乳下之肿块也缩小为2cm×2cm,且按之质软。脉弦、舌苔薄黄。湿热渐解,此恙已为好转之象。针曲池、上巨虚(双)、肩井(右),施泻法,膻中施平补平泻法。12月16日6诊,体温正常,乳上之硬块已基本消失、乳下之肿块缩小为0.5cm×1cm,压之基本不痛,乳房肤色正常,脉转平和,舌苔薄白。治宜和营通络,巩固疗效,并嘱其隔日复诊。取足三里、曲池(均双)、膻中、肩井(右),施平补平泻手法。12月18日7诊,肿块已消失,诸症悉除,乳痈已愈矣。

三、刘保延

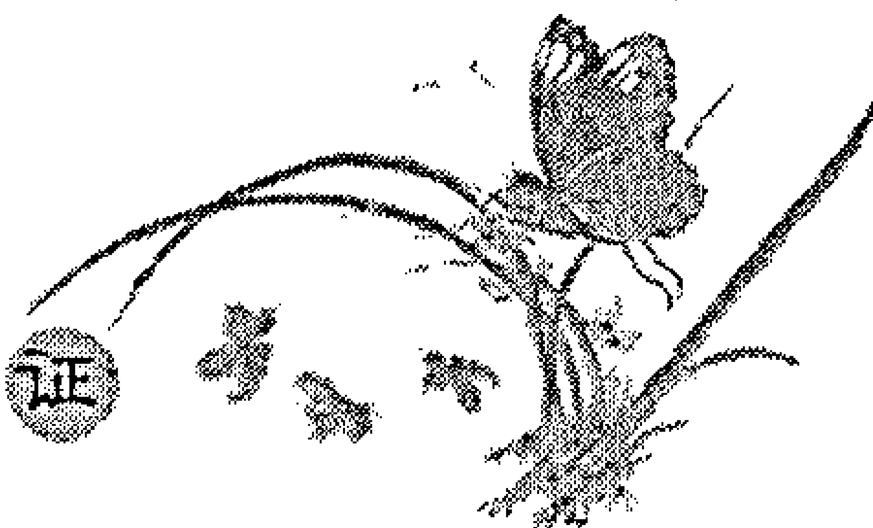
乳痈溃破后遗症(乳腺炎术后切口不愈合)《火针》

柳某,女,28岁,教师。右乳房患乳痈1个月余,经手术切开,伤口久不愈合。患者为初产妇,于哺乳4个月时因挤压右侧乳房而出现乳房肿痛发硬,经在本大学医务室输液治疗,症状逐渐加重。并出现发热,体温39℃。后又加服中药,病情仍无好转。13d后在某医院穿刺抽出脓液,采取手术切开引流。术后症状逐渐消失,惟切口久不愈合,时流脓水及乳汁。检查:有乳房外上方有一约0.5cm宽的刀口,肉色淡白,流溢脓液。诊断为乳痈溃破后遗症。治疗用中等火针点刺漏口3针,再用细火针在漏口四周点刺4针。用此法共治6次而愈。

四、张涛清

气血瘀滞型乳痈(急性乳腺炎)《张涛清针灸治验选》

徐某,女,24岁,干部,1970年8月20日初诊。主诉:生产前心里恐慌,正常生产1周后,右侧乳房胀痛,乳汁分泌不出,乳房皮下出现结节,发硬,开始如杏子,后逐渐伴随疼痛加剧而增大至约鸡蛋大肿块,全身发寒热,经某医院外科检查,诊断为"急性乳腺炎",曾用抗生素及中药治疗,不能控制,遂来我院要求针灸治疗。检查:右侧乳房内侧凸起,局部发红,可触及硬块如鹅蛋大,皮肤灼热,压痛明显,右臂抬举牵掣痛,舌质红,苔薄白,脉数有力。诊断为急性乳腺炎,辨为气血瘀滞,治宜疏肝解郁,通经活络。取穴:公孙、内关、内庭、膻中、肩井、少泽、乳房阿是穴。手法:先刺肩井穴,针感放散至两肩胛下方即行出针,随之让患者仰卧,针刺公孙、内关、内庭,进针得气后,留针30min,每隔5min行针1次,以加强针感,膻中穴用小艾炷灸15壮后即在乳房结节四周及中央用大艾炷各灸5壮,然后在少泽穴点刺出血。针灸后第2天,患者乳汁流畅,结节变软,变小,疼痛明显减轻。又继续如上法治疗2次后,诸症消失,恢复正常。



五、郑魁山

热毒壅滞,乳道不通型乳痈(急性乳腺炎)《郑氏针灸全集》

栾某,女,31岁,教员。患者产后2周乳房出现红肿胀痛,排乳不畅,检查:乳房内上方有一个鸡蛋大肿块,红肿热痛拒按,体温38.5℃,舌红、苔黄、脉数。辨证系热毒壅滞,乳道不通所致。采用清热通乳、消肿止痛之法。先用手指将乳房向乳头方向捋几次,捋出乳汁,然后针乳房肿块处,灵台、少泽点刺出血,膻中、期门、丰隆用凉泻法,使胸腹部和下肢有凉感,针治1次乳汁即通利。21日复诊,乳房红肿胀痛减轻,体温降37℃,又按上述方法,减去乳房肿块处阿是穴,针治1次,肿块和疼痛即消退了。

六、王凤仪

肝郁胃热型乳痈(急性乳腺炎)《中国当代针灸名家医案》

范某,女,30岁。主诉:左乳房肿痛7d。病史:患者1周前左乳房发生肿胀疼痛,疼痛牵引左上肢,曾到外科就诊拟注射青霉素,并建议切开治疗,但因青霉素试验过敏,不能应用,故来针灸科求治。检查:发育正常,舌红苔黄,心肺未见著变,肝脾未触及,左乳房于乳头外侧红肿,触之发硬,肿块如鸡卵大小,未有波动感,脉数。诊断:乳痈(急性乳腺炎),肝郁胃热。治疗:疏肝清胃,通络散结。取穴:大椎、身柱、心俞、肝俞、膈俞、屋翳、肩井、极泉、内关、阿是穴。操作:大椎、身柱、心俞、肝俞、膈俞、屋翳均用三棱针点刺出血后,拔火罐15min,每次选2～3穴,各穴交替使用,每日1次。肩井、极泉、内关用毫针泻法针刺,每日1次,留针30min。阿是穴隔蒜灸,每次灸5壮,每日1次。以上方法治疗7次而愈。

【导读】

乳痈是由热毒入侵乳房而引起的急性化脓性疾病。常发生于产后未满月的哺乳妇女,尤以初产妇多见。在哺乳期发生的,名外吹乳痈;在妊娠期发生的,名内吹乳痈;在非哺乳期和非妊娠期发生的,名不乳儿乳痈。临床上以外吹乳痈最为常见,其特点是乳房局部结块,红肿热痛,并有恶寒发热等全身症状。西医的急性化脓性乳腺炎归属于本病范畴。乳汁郁积是最常见的原因,初产妇乳头破碎,或乳头畸形、凹陷,影响充分哺乳;或哺乳方法不当,或乳汁多而少饮,或断乳不当,均对导致乳汁郁积,乳络阻塞结块,郁久化热酿脓而成痈肿。其次肝郁胃热,情志不畅,肝气郁结,厥阴之气失于疏泄;产后饮食不节,脾胃运化失司,阳明胃热壅滞,均可使乳络闭阻不畅,郁而化热,形成乳痈。此外感受外邪产妇体虚汗出受风;或露胸哺乳外感风邪;或乳儿含乳而睡,口中热毒之气侵入乳孔,均可使乳络郁滞不通,化热成痈等原因导致本病的发生。乳痈治疗当以消为贵。郁滞者以通为主,成脓者以彻底排脓为要。对并发脓毒败血症者,及时采用中西医结合综合疗法。



本节所选医案治疗方法丰富，有刺血、毫针、灸法等。

王秀珍医案：王氏认为乳痈多因情志不畅，气血瘀滞，郁而化热所致。刺血治疗本病，具有通乳络、祛瘀血、散结滞的作用。所治病例采用结块下方之静脉血管局部刺血而愈。

杨楣良医案：杨氏认为乳痈本病常罹患于产后 2～6d 的哺乳期，初产妇尤为多见。所治病例辨证为阳明湿热、少阳郁火。乳房为足阳明经所过，乳头为足厥阴经所属，治疗时采用手阳明大肠经之合穴曲池，具有疏导阳明积热功能，为清热解毒之要穴，三棱针点刺少泽、商阳等穴，以增强清泄邪热、行气止痛的效果；肩井为手少阳、足少阳、足阳明与阳维脉之会，加刺期门、极泉，以理气疏肝，清阳明、少阳之郁热；取足三里以健胃醒脾利湿；支沟、上巨虚以导滞通便；膻中为气会，治以宽胸理气，疏通乳络，散肿消结。本病初起，乃属急症、热症，应首用泻法重其治标，以截断逆转病势，故每日 2 次的治疗方。随着病情的转变，治法亦当随症而异是起效的关键。

刘保延医案：刘氏认为中、西医及针灸治疗乳痈均有效果。尤其是早期，采用多种疗法配合可快速治愈。火针治疗本病的优点是疼痛少，排脓彻底，治愈快，对乳漏的治疗则更显示出其独特的祛腐生肌、托毒外出的功力，是其他疗法所不能比拟的。所治病例乳痈溃破，流溢脓液，采用中等火针点刺漏口 3 针，再用细火针在漏口四周点刺 4 针，共治 6 次而愈。

张涛清医案：张氏指出针灸治疗乳腺炎愈早愈好，病已成势，皮肤见红、肿、热、痛之象，脓已成，非针灸所宜。所治病例由情志不畅，肝气郁结，阳明热毒壅盛，气血瘀滞，乳络阻塞不通所致。乳房属胃，乳头属肝，故针刺内关、公孙，两穴属八脉交会穴，主治心胸疾病，为主治乳房疾病的要穴；膻中属任脉，任脉为阴经之海，作用统理人体气机，取其行气，软坚、消肿；肩井系足少阳经穴，是与三焦、胃、阳维三脉相交会的腧穴，配内庭平肝泻胆，利三焦，除胃热，散瘀破结；少泽系小肠经井穴，通经活络；灸乳房结节处，消肿散结，活络止痛，诸穴共奏清热通壅，散结定痛，疏肝解郁，通经活络之功。

郑魁山医案：辨证为热毒壅滞，治疗时应局部选穴与辨证、循经选穴相结合。局部采用乳房肿块处及膻中、灵台活络散结；根据乳房为足阳明经所过，乳头为足厥阴经所属，辨证、循经选肝经期门、胃经丰隆通络泻热；采用少泽通乳。采用刺血与凉泻法综合运用的操作方法，清泻热邪，疾病痊愈。

王凤仪医案：王氏认为乳痈在哺乳期发生率为高，初产妇尤多见，如发现乳头有破裂，应立停哺乳，排尽乳汁。王氏认为针灸治疗乳痈，在于疏肝解郁，清热消肿；故取阳明、太阳、少阳经穴。大椎、身柱宣阳泻火；心俞活血化瘀而祛毒热；肝俞疏肝理气而通络导滞；膈俞、屋翳活络散结；肩井、极泉通络散瘀破结；内关调气化痰消瘀，配合放血和隔蒜灸，收效较快，且无破坏乳腺管之弊，应推而广之。



第十节 乳癖、乳岩

一、贺普仁

(一)肝郁气滞、气血凝聚型乳癖(乳腺增生)《针灸治痛》

章某,女,41岁。主诉左乳内侧生一硬结,已数年之久。开始如枣大,近年来因情志抑郁逐渐增大如胡桃。下方亦生小结数枚,有压痛,推之可移动。恐生恶性肿瘤,即去某医院检查,否认恶性肿物,诊为"乳腺增生"。辨证:肝郁气滞、气血凝聚所致。治以疏泄肝胆,温通经络,调和气血。取穴:照海、足临泣。局部火针点刺,每核点刺3～5针。疗效:1次后压痛消失,8次后则核消而愈。

(二)肝郁不舒、气滞血瘀、毒邪结聚型乳岩(乳腺癌早期)《针具针法》

陈某,女28岁。右例乳房肿物2个月余,经医院诊为"乳腺癌早期"。精神一般,饮食二便可。检查右侧乳房肿块2cm×3cm,表皮光滑,可推动,舌质淡,苔白,脉细弦。辨证为肝郁不舒,气滞血瘀,毒邪结聚。治以温通解毒,疏肝解郁。取阿是穴。刺法:以中等火针行进刺法,点刺肿物中心及上下左右共5针,每周2次。共治疗10次,肿物消失。

(三)肝郁气滞、毒邪停聚型乳岩(乳腺癌)《针具针法》

某女,45岁。3年前,发现左乳房内有硬核,逐渐肿大,破溃,流臭稀脓水,经其某医院病理切片检查,确诊为"乳腺癌"。食欲尚可,二便、月经正常。左臂沉。检:形体较瘦,舌苔白,声息正常。左乳疮口紫褐色、有分泌物、恶臭难闻,周围皮肤坚硬,同侧腋下淋巴结肿大为1cm×1cm,触之移动,脉:沉细。辨证:肝郁气滞,毒邪停聚。治则:平肝化瘀,温化解毒。取穴:疮口及周围阿是穴。刺法:以粗火针,慢刺法点刺疮口内之腐肉。每周2次,共火针治疗8次,疮口愈合,周围肿胀消失,腋下淋巴结亦渐缩小。回农村休养。6个月后随访,病未复发。现已经5年,仍身体健壮。

二、田从豁

肝气郁结型乳癖(乳腺增生)《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

宁某,女性,33岁,1997年5月初诊。主因:发作性鼻塞、鼻痒、流涕3年前来就诊,经1疗程的治疗,鼻炎症状基本缓解,因针灸在她身上产生了满意的疗效,因此患者提出要求治疗其原已患有的乳腺增生病。患者诉2年前开始无明显诱因出现两乳胀痛,发病初表现为经前及经期疼痛,以后逐渐发展至整个月经周期均痛,经前加重,并且逐渐出现两乳肿块,曾间断服用中药"百消丹"及汤药1年,未获得明显疗效。检查:两乳丰满,两乳外侧均可触及核桃大块状肿物,压痛以右乳为甚,



肿块质地中等，推之可移动，压痛明显。月经经期基本正常，经血中常带有血块，平常性格较急躁，舌质偏暗，脉弦。诊断：中医为乳癖（肝气郁结）；西医为乳腺增生。治则：疏肝理气、散结化郁。治疗：毫针患处围刺、膻中、天井、期门、三阴交。每周3次，针刺以泻法为主，留针30min。疗效：初诊后胀痛即消失，肿块变软，患者自扪之甚感诧异；3诊后症状体征均消失。为巩固疗效令患者继针数次。此后患者间断来诊2～3次。1年后随访，病情未见复发。

三、焦顺发

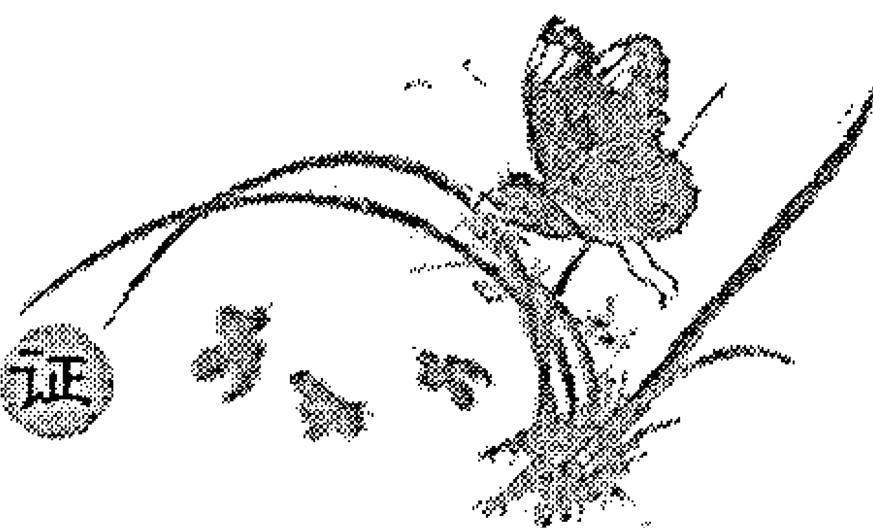
乳癖（慢性囊性乳腺病）《头针》

杨某，女，41岁，家属。主因：双乳房肿块及腰痛1年余。病史：1977年4月某日发现右乳晕直上有一肿块，逐渐增长约鸡蛋大，伴有局部胀、难受。先后多处诊断为乳腺肿瘤，因不能完全排除恶性肿瘤，多次劝其手术切除。患者思想压力大，不愿手术治疗。1978年3月又发现左乳晕上方又有一肿块，大小及位置基本和右侧相同。检查：双乳晕直上3cm上有6cm×6cm×4cm之肿物。用手捏之，肿块明显，质中等硬度，肿块高低不平，但和基底部无粘连。用手平摸或按压，肿块则不明显，边缘摸不清。表面不红肿，无压痛。弯腰时腰痛明显。选区：双感觉区上2/5、足运感区，每日1次。疗效：因腰痛选双感觉区上2/5及足运感区，针2次后，同时双侧乳房的肿块也明显缩小。针3次后，查体：双乳房的肿块仅为1cm×1cm×2cm。

四、郭诚杰

（一）肝肾阴虚、胃失和降型乳癖（乳腺增生）《中国当代针灸名家医案》

姚某，女，40岁，工人，1980年5月6日初诊。主诉：双乳疼痛肿块6年，病史：患者6年前人工流产后，月经失常，自觉双乳逐渐增大，约1年后，两乳开始疼痛，经某医院肿瘤科诊治，服当归片及其他中药，并注射土贝母、蟾蜍及针刺，疼痛有所缓解，但停药后疼痛又渐加重。近3年来每次经前15d自感舌尖发麻，舌根强硬，两颌下淋巴结肿，经期第2～3d夜间，口中有咸味即开始心烦约1h，吐出血液约10ml，经服中药吐血愈，但觉小腹胀满，停服中药，小腹胀满减轻。但吐血复发，如此反复近2年之多。现月经不规则，并在经前、生气、劳累后两乳疼痛加重，伴有前头痛，入睡困难，多梦，目眩耳鸣，咽干，腰膝酸软，胸胁胀满，口苦等症。10年前曾患肺结核，慢性结肠炎。检查：形体消瘦，神情可，舌质红而少津，苔薄白，面色无华，口腔牙龈黏膜无异常。胸廓对称，双乳呈杯型对称，乳头、乳晕及皮色无异常，乳头无溢液。右乳外上象限扪及4.5cm×3.5cm大的片状包块，压痛，左乳外上象限扪及4.5cm×3.5cm大的片状包块，质中硬，边界尚清，活动可，表面较光滑，颈腋下淋巴结增大，肝脾未扪及，心肺无异常，脉弦细。诊断：乳癖（乳腺增生），肝肾



阴虚、胃失和降型。治疗：滋肾养肝，和胃降逆。取穴：天宗（双）、肩井（双）、肝俞（双）、屋翳（双）、膻中、外关（双）。配穴：肾俞、太溪、三阴交。操作：以快速进针用提插捻转得气后，用补虚泻实手法，留针30min，每隔5min行针1次。连针5个疗程，先后3个月之多，经前两乳疼痛消失，经检查双乳包块缩小为0.7cm×0.7cm，无压痛，经后口干无异味，心不烦，吐血停止但尚有咽干、入睡困难腰酸等症。1982年随访，双乳疼痛肿块消失，口腔再未出血，自感身体健壮无他病，并坚持慢跑锻炼。

（二）肝胃不和型乳癖（乳腺增生）《中国当代针灸名家医案》

刘某，女，40岁，教师，1976年6月15日初诊。主诉：右乳房胀痛肿块20d。病史：患者近20d来，右乳房部因不明原因出现胀痛，月经50d未来，致使上腹胀满。曾服中药6剂无效。别无不适，疑乳癌来就诊。检查：体胖，神清，有恐惧表情，舌质红活，苔薄白，平脉，心肺无异常。双乳对称，乳头、乳房及皮色无异常，乳头无溢液。右乳房外上象限扪及2cm×1cm的条索状包块，压痛。诊断：乳癖（右乳腺增生），肝胃不和型。治疗：疏肝理气，健脾和胃。取穴：天宗（右）、合谷（右）、行间（右）。操作：补虚泻实，留针15min，留针期间行针2次。6月16日来诊，自述昨日回到家中经来，患者心情喜悦，继针上穴。至6月24日共诊治10次，右乳房无任何自觉症状，扪及右乳包块消失，无压痛，只感腹胀别无不适，脉舌无异常。针刺合谷、足三里（均双侧），以消除腹胀满，因近期治愈停针。7月13日随访，在停针后1周，乳头有黄色溢液，患者情绪恐惧，去西安四医大作涂片镜检，无任何发现，排除癌症，情绪稳定，确认治愈，随访3年未复发。该患者病程很短，兼之体健，经针刺6次包块消失，疗效确实理想，月经50d未来，虽然不能排除巧合，但也不能说与合谷治闭经无关，由于月经的来潮，从而加速了乳腺包块的消失。目前多认为该病与雌激素有关，数十天服20余剂中药无效，针2次获效，由于以上两症迅速消失。使患者精神大快，心情舒畅，也促使内分泌复常，故使包块很快消失。

（三）肝郁型乳癖（乳腺增生）《中国当代针灸名家医案》

胡某，女，31岁，医生。1976年6月20初诊。主诉：双乳肿块疼痛4年，逐渐增大2个月余。病史：患者4年前无意中发现双乳外上象限各有2cm×2cm大的包块，无压痛，与周围皮肤无粘连，活动可，与月经周期无明显关系，该地区医院诊断为乳腺增生，未做任何治疗，肿块渐渐增大，周围及局部无不适感。近2个月来在经前10d左右即感乳房胀痛加剧，月经过后胀痛略减，肿块较经前略小，但下次月经来潮复前，故引起注意。患者曾患风湿性关节炎，中耳炎。1970年因植入性胎盘作剖宫产，手术顺利，恢复良好。检查：一般尚可，面色略黄而润，精神佳，舌质不红活，双乳对称，乳头，乳晕及皮色无异常，乳头无溢液。双乳内外上象限各触及6cm×6cm×3cm包块，边界尚清，质中度，活动可，与周围组织无粘连，肝脾未触及，腋下、鼠蹊部淋巴结无特殊发现，病理检查乳腺小叶增生，心肺无异常，脉弦。



诊断:乳癖(乳腺增生),肝郁型。治疗:疏肝理气,活血化瘀。取穴:①肩井(双)、天宗(双)、肝俞(双)。②膻中、屋翳(双)、足三里(双)。操作:上两组穴交替使用,10次为1疗程,每日1次,用平补平泻手法以畅经气,留针20min。值得注意的是每次针肩部或上肢穴位时,感传沿经脉上至肩,下传至手指。连针8次后,双乳外上象限肿块明显变软,分成许多不规则的小包块,但双乳内上象限包块缩小不明显。先后共治疗4个疗程,9月下旬该患者回单位停止治疗。1979年8月信访,此针刺治疗后,经前乳房再未胀痛,6个月后两乳包块消失,一切复常。

(四)肝火型乳癖(乳腺增生,乳腺纤维瘤)《中国当代针灸名家医案》

关某,女,44岁,干部,1979年10月25日初诊。主诉:双乳肿块疼痛5年。病史:1974年发现两乳有肿块,1个月后感到双乳胀痛,若口干目赤时则疼痛加剧,并伴有胸闷,心烦,性格急躁。患此病后月经量少色黑,曾服中药及外贴膏药未获效。检查:一般情况可,双乳对称,乳头乳晕无异常,双乳外上象限皮肤暗红(因外敷药之故),乳头无溢液。扪及左乳内上象限1.5cm×0.5cm颗粒状包块数个,在包块的下方触及质略硬2cm×1cm×1cm包块,有压痛,边界尚清,质中度,颈腋下淋巴结不大。心肺无异常。腹壁柔软,肝脾未触及。舌质正常,无苔,脉弦数。X线摄片,诊断为乳腺增生(左乳增生伴纤维瘤)。诊断:乳癖(①乳腺增生,②乳腺纤维瘤),肝火型。治疗:清泻肝胆,疏肝理气。取穴、操作同病例③。针刺1个疗程后,病情不减,询问得知患者每次吃羊肉及辛辣之品后,乳房胀痛加剧,考虑患者肝火素旺,得辛辣之物肝火愈甚,仅疏肝理气难以获效,故只重刺太冲以泻肝火,并配中脘以和气,每次针后患者感到心情舒畅,要求每次必针此穴,连针8次后,双乳胀痛消失,休息4d后继针上穴。第3个疗程后,双乳疼痛消失,服辛辣之品及经前无胀痛,月经色量复常。除左侧纤维瘤外,两乳包块仅有散在绿豆样小颗粒数个,无压痛。1979年10月随访,两乳疼痛消失,经前无胀痛,但纤维瘤如前。

(五)肝气郁结型乳癖(乳腺增生)《中国当代针灸名家医案》

康某,女,工人,1980年5月26日初诊。主诉:双乳疼痛肿块1年。病史:患者1年前不明原因双乳疼痛有肿块,多于生气、劳累后及经前疼痛加重,肿块变硬增大,1979年10月作右乳腺肿块病理检查显示:"右乳腺病,伴细胞增生活跃"。因恐癌变而手术,术后3个月右乳疼痛复前,服中药无效,兼之其母1年前因患乳癌而死亡,故患者心情恐惧而来治疗。平时多有急躁易怒及咽干等症,素性喜歌善舞,性情开朗。检查:一般状态可,神情活跃,面色红润。双乳呈袋形,对称,乳头乳晕无异常,右乳外上有手术刀痕。卧位扪及右乳外上35cm×3cm大的肿块,左乳外上有少许如花生米样大小颗粒4个。有压痛,质中度,活动可,表面光滑,腋下及锁骨上淋巴结不大,腹壁柔软,心肺无异常。舌质不红活,苔白根黄,脉弦而稍数。诊断:乳癖(乳腺增生)。治疗:疏肝理气。取穴:同病例③,胸背两组穴交替使用。操作:泻法,每日1次,连续10次,休息4d后继针。经针治2个疗程后,双乳疼痛



肿块消失，继针3个疗程以巩固疗效。第4、5疗程结束后，双乳仅在生气及经前略胀痛，但肿块未扪及。咽干、急躁情绪好转，食欲增进。1年后随访，双乳疼痛显著减轻，肿块已消失，5年随访一切正常。

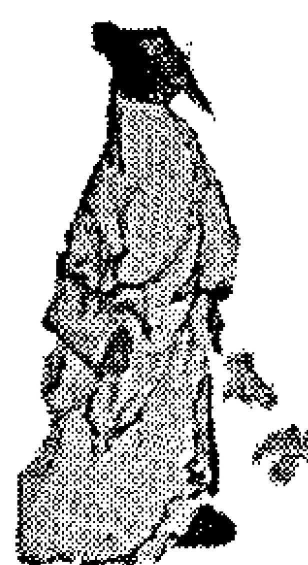
【导读】

乳癖、乳岩均是女性乳房发生结节、疼痛性疾病。乳癖是单侧或双侧乳房疼痛并出现肿块，乳痛和肿块与月经周期及情志变化密切相关。乳房肿块大小不等，形态不一，边界不清，质地不硬，活动度好。本病好发于25～45岁的中青年妇女，是临床上最常见的乳房疾病，是乳腺组织的既非炎症也非肿瘤的良性增生性疾病，西医的乳腺小叶增生和囊性增生归属于乳癖范畴。本病有癌变危险，尤其是有乳癌家族史的患者，更应引起重视。乳岩是指乳房部出现无痛、无热、皮色不变而质地坚硬的肿块，推之不移，表面不光滑，凹凸不平，或乳头溢血，晚期溃烂，凹如泛莲，是乳房部的恶性肿瘤。相当于西医的乳腺癌。是女性最常见的恶性肿瘤之一，无生育史或无哺乳史的妇女，月经过早来潮或绝经期愈晚的妇女，以及有乳腺癌家族史的妇女，乳腺癌的发病率相对较高。男性乳腺癌较少发生。两病均可因情志不遂而致。乳癖多由情志不遂伤肝则气滞血瘀，伤脾则生痰凝滞，冲任不调，《外科正宗》云："忧郁伤肝，思虑伤脾，积想在心，所愿不得志者，致经络痞涩，聚结成核。"乳岩是情志失调、饮食失节、冲任不调及外感风寒之气或先天禀赋不足引起机体阴阳平衡失调、脏腑失和而发病。止痛与消块是治疗乳癖之要点。乳岩的早期诊断是关键，根据辨证分别采用疏肝解郁，化痰散结；调摄冲任，理气散结；调补气血，清热解毒等治法选取相应穴位及刺灸方法进行治疗。

本节所选医案的主治医家采用火针、头针、毫针等治疗乳癖、乳岩，以局部和辨证相结合的方法选穴，并配合特效穴进行治疗。

贺普仁医案：贺氏指出，古代文献中早有关于乳岩、乳癖的记载，如《外科正宗》详细记述了乳岩的发病过程，并言"凡犯此者，百人百必死"，说明已对乳岩的预后有相当明确的认识。乳癖亦有一定的癌变率，故此二病尤应早期诊断，早期治疗，不可等闲视之。火针治疗本病的疗效可靠，可缩短疗程且无形体的改变。乳癖、乳岩均以乳房局部结块为主要临床表现，或兼有其他全身或局部症状，因其病灶局限，故临症可从局部病灶入手，用火针点刺，以达行气活血，散瘀消结之目的。若乳癖肿块较多，可每次选取2或3个肿块，分别依次施治，对乳岩早期患者，治疗较好，而中晚期毒邪外溢，或侵袭其他组织，则单纯火针只能缓解局部症状，必须采用其他疗法共同治疗，但多预后不良。

田从豁医案：以两乳肿块胀痛为主，伴随月经有血块，性格急躁等症状，辨证当属肝气郁结。气郁日久则与体内实邪互结形成肿块。采用局部取穴可调理气血，疏通乳络，天井为手少阳三焦经穴，具有理气消痰，散结化郁的作用，是田氏治疗本病的经验取穴。膻中、期门分为气之会穴和肝之募穴，针而泻之可疏肝解郁，疏通



乳络。肓俞为冲脉与足少阴之会，肾脉由此深入肓膜，取之既可补肾，又可调理冲脉之气。三阴交为足三阴之交会穴，用以调补肝肾，经治而愈。

焦顺发医案：乳癖伴有腰痛，焦氏采用头针双感觉区上2/5，足运感区，腰痛明显好转，双乳房的肿块基本消失。

郭诚杰医案：所治病例①患者平素性急易怒，郁而化火，正值经前，冲任脉盛，气血随胃经上逆而壅遏不通，致乳房胀痛有块。先后经数医诊治，双乳疼痛时轻时重，口腔出血与小腹胀满反复出现且逐渐加重。郭氏辨证为肝肾阴虚、胃失和降。依病症选穴，天宗虽为小肠经穴，但临床有治乳房疾病之功效，肩井为足少阳经穴，善疏理调畅胆经经气，肝与胆相表里，通过表里经作用而舒畅肝气，肝俞为肝经之背俞穴，有条达肝气的作用。屋翳畅胃经经气，因胃脉贯乳，该穴又居乳上，可起局部治疗作用。膻中居两乳之中，又为上气海，故有宣散壅积于胸部气机之功。外关为三焦之络穴，不但理气作用，还可解胸胁胀痛之苦，以上诸穴共奏疏肝理气通乳止痛之效。临证时加用肾俞、太溪以滋水涵木，三阴交以调经通畅冲任。坚持治疗近3个月而痊愈。郭氏认为精神因素与疾病关系极为密切，治疗中只要疼痛减轻，包块先开始变软，再逐渐分离成小块而消失，停止治疗，肿块可逐渐自行消失。病例②辨证为肝胃不和型乳癖，选取天宗、合谷、行间，配合合谷、足三里针刺6次而愈。病例③患者肝气郁结已4年之久，郁久气血阻滞，致使痰湿凝结乳络，结于双乳，近来包块明显增大，经前加重，选取①肩井、天宗、肝俞。②膻中、屋翳、足三里，针刺治疗3个月双乳疼痛消失，包块明显缩小。病例④患者辨证为肝火旺盛，时有口苦、咽干目赤，吃辛辣及羊肉后乳痛加剧，取穴、操作同病例③不效，以疏肝理气，仅用太冲泻肝火，配中脘以和气而获效。太冲为肝经之原穴，刺血可治肝实证。临床审证求因，辨证与辨病结合，临床上方能获得较满意的疗效。例⑤患者因家中不快，肝气被遏，兼之忧恐又生，致使机体调理阴阳功能失调，郭氏认为可以通过针刺而疏肝理气，畅通经络，调和气血，使人体功能旺盛，防止癌变。取穴同病例③经治而愈。

第十一节　腱鞘囊肿

一、刘保延

腱鞘囊肿《火针》

刘某，女，56岁，家庭妇女。右手桡背侧处生长一圆形肿物4年余。曾在多家医院诊断为腱鞘囊肿，多次行手法挤压和局部封闭疗法屡治屡发而求治我科。检查：右手腕桡背侧有一1cm×2cm的圆形肿物，突出表皮，局部无红肿热痛，质较硬，边缘清，有波动感，按之酸痛，自觉右手拇指无力，不能持重物。饮食二便可，舌质稍红，苔薄黄。脉弦滑。诊断：腱鞘囊肿。用粗火针于瘤体的头、体、尾各刺1



针，行速刺法，不留针。针后挤净黏液，用5分硬币加压包扎24h，1次而愈，随访6个月未复发。

二、钟梅泉

腱鞘囊肿《中国梅花针》

张某，女，14岁，学生，1975年6月27日初诊。右手腕患腱鞘囊肿已3个月。开始如蚕豆大、逐渐增大如桃核。局部隐痛，腕关节无力感。曾经按摩、封闭、外敷药均未收效。检查：右手腕掌面桡骨端处1个3cm×1.6cm×0.6cm肿块、质较硬，稍活动，轻度压痛。在颈椎5～7两侧及胸椎1～4两侧可摸到条索及压痛。脉细缓，苔薄。根据病证，选取后颈部、胸椎1～4两侧、患部密刺、阳性物处、内关进治。采用梅花针治疗2次，肿物缩小；经治疗4次后肿物明显缩小，呈扁平状；经治疗6次后，外观肿物区已平坦，触摸亦无肿块。继治疗4次巩固调理而停诊。随访观察2年2个月未复发，疗效巩固。

三、张涛清

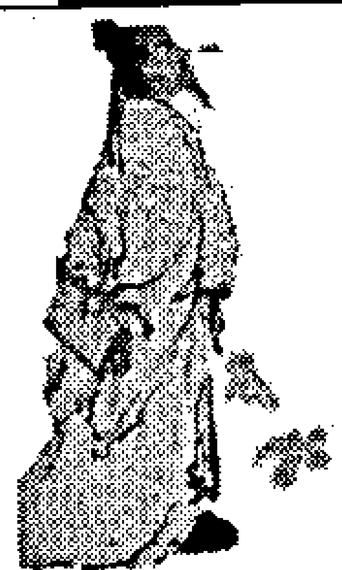
气滞痰凝型腱鞘囊肿《张涛清针灸治验选》

刘某，女，23岁，1953年7月3日初诊。主诉：1月前左腕部背侧长一不红不痛的疙瘩，并逐渐增大。曾在某医院就诊，诊断为"腱鞘囊肿"决定手术摘除。因患者不愿意接受手术治疗，遂来我院求治。检查：见患者左腕背侧伸腕肌腱上有一直径1.5cm×1.5cm的圆形突出物，不红，无压痛，与表皮不粘连，推之不活动，舌质正常；苔薄白，脉沉细，诊断为腱鞘囊肿，辨为痰核，治宜破坚消肿。取穴：外关、大陵、囊肿局部。方法：先用酒精于囊肿及其周围作皮肤常规消毒，用26号毫针于囊底四周向囊肿中心刺入，刺入深度不超过囊肿下层之囊膜为宜，然后在囊肿的顶部直刺1针，随后取外关，大陵针刺30s，用大幅度捻转提插行不留针泻法。针治2次后，囊肿缩小2/3，共治6次，囊肿完全消失，随访无复发。

四、郑魁山

（一）扭伤经筋，结为筋疣型腱鞘囊肿《郑氏针灸全集》

张某，男，25岁，农民。因右手腕背面起囊肿6个月，1971年11月18日初诊。患者2年前扭伤手腕，今年6月右手腕背面起一肿物，逐渐增大，劳动时胀痛，活动受限，不能干活。检查：右腕关节背侧阳池穴处起一囊肿，杏核大小，坚硬圆滑，推之不移，有轻微压痛。西医诊断为腱鞘囊肿；中医辨证系扭伤经筋，结为筋疣。采用消坚散结，破瘀活血之法治之。用三棱针在肿物顶端刺破皮肤，然后迅速将针拔出，同时以掐持囊肿的手掐持囊肿，挤出黏液约1ml，囊肿即消，局部消毒，垫1个消毒棉球，用胶布贴盖针眼。1次即愈。1972年6月10日随访未复发。



（二）损伤经筋、内结痰气型腱鞘囊肿《郑氏针灸全集》

乔某，女，36岁，教员。因右踝前起肿物6个月，1970年7月3日初诊。患者6个月前右外踝前起一肿物，逐渐肿大胀痛，走路困难。检查：右外踝前起囊肿，核桃大小，坚硬圆滑，推之不移。中医辨证系损伤经筋、内结痰气。采用破瘀活血、消坚散结之法治之。在囊肿局部常规消毒，用三棱针在囊肿顶端刺破皮肤，迅速将针拔出，同时以手用力掐挤囊肿，挤出黏液约3ml，囊肿即消，局部消毒，垫1个消毒棉球，用胶布贴盖针眼以防感染。7月8日复诊在囊肿处用毫针前后左右沿皮向中间斜刺4针。留针20min，针治4次，囊肿完全消失。1970年10月20日随访未复发。

【导读】

腱鞘囊肿指发生于关节或腱鞘内的囊性肿物，其内容物为乳白色黏液胶冻状液体，又称聚筋、筋瘤、筋结，多见于青壮年，女性多见。发病部位通常在腕背部中央，也可见于腕掌侧、踝前足背或中指、无名指的掌指端肌腱旁。初起腕关节侧有绿豆大肿块，渐渐生长，延至数月或半年，形成枣样大小肿块，表面光滑，皮色不变，柔软可推动，肤温正常，触摸皮下饱满并有波动囊样感，胀或痛，反复刺激则囊变为软骨样硬。自觉腕部不适，疼痛、无力，伴随一定的功能障碍。发于掌指关节的，以小而硬为特点，中等压痛，不随手指屈伸而移动；发于腘窝者，直膝时如鸡蛋大，屈膝时不易摸清。本病由于腕部劳累或外伤，加之外寒入侵，痰积血滞，客于经络所致。

本节所选医案的主治医家均采用了局部刺激与循经选穴相结合的选穴方法，治疗有火针、毫针、皮肤针等方法。

刘保延医案：刘氏认为腱鞘囊肿的治疗，方法多样，各有优势。毫针围刺，患者痛苦较大，术后复发率较高。火针治疗，简便迅速，1次而愈，无感染，少复发，且无肌腱损害，是临床常用的治疗方法。在火针治疗时应注意针刺深度以穿破囊壁为度，尽可能不要穿透对侧，使囊液内流。亦不要伤及肌腱、血管、神经为要领。尽可能的选择较粗火针或用三棱针代之。烧针务要烧至红中透白，操作时充分暴露囊肿，快速穿皮透壁。1次不愈，可行再次，但最多3次。

钟梅泉医案：钟氏指出临床观察到梅花针对本病疗效较好，尤其对初期患者疗效更佳。若腱鞘囊肿在上肢者，患者在颈椎4～7两侧及胸椎1～4两侧有条索和压痛；若腱鞘囊肿在下肢者，则在腰椎4～5两侧及骶部可摸到条索或结节并有压痛。治疗时应辨证选穴，若囊肿在手腕部者，选穴后颈部、胸椎1～4两侧、患部、阳性物处、外关。若囊肿在足背部者，选穴腰椎两侧、骶部、患部重密刺、阳性物处、解溪。一般采用较重刺激手法。阳性物处采用重刺激。叩打囊肿时，除在囊肿表面作密刺外，还应将囊肿向四周推移，在其基底部作重刺、密刺。然后于囊肿表面中点向外作放射状刺激，边叩打边用手指推揉，以疏通经脉凝滞，散结消肿。

张涛清医案：张氏认为腱鞘囊肿，属中医学“痰核”范畴，多发生于关节和肌肉附近，常与局部损伤有关。针刺挤压排出积液，常能获效。针刺治愈后，应嘱患者



防止手足扭伤，可减少复发。

郑魁山医案：所治病例①、②均采用三棱针在囊肿顶端刺破皮肤，迅速将针拔出，同时以手用力掐挤囊肿，挤出胶性黏液，囊肿即消，注意局部消毒，以防感染。

第十二节 腱 鞘 炎

一、郑魁山

劳伤经筋、气血瘀滞型腱鞘炎（桡骨茎突腱鞘炎）《郑氏针灸全集》

马某，女，41岁，农民。因右胳膊疼痛3d，1970年2月26日初诊。患者3d前用手剥玉米粒，突然右手、手腕和胳膊疼痛，下午右手腕肿痛，无力拿东西，当时用毛巾热敷，晚上用酒敷，肿痛加剧，不能活动，右拇指发麻无力。检查：右手腕以上至四横指处红肿压痛，以偏历至列缺处红肿压痛最剧，活动受限，扭转活动右腕有明显的"咿呀"音，舌质胖嫩，舌苔白腻，脉弦滑。西医诊断为桡骨茎突腱鞘炎；中医辨证系劳伤经筋、气血瘀滞。采用疏经活血、消肿止痛之法治之。取曲池、偏历、列缺、阳溪、阿是穴，用平补平泻法，留针20min，每日针1次；针治1次时，肿痛减轻，针治4次，肿痛消失。检查恢复正常，治愈停诊。同年5月1日随访未复发。

二、钟梅泉

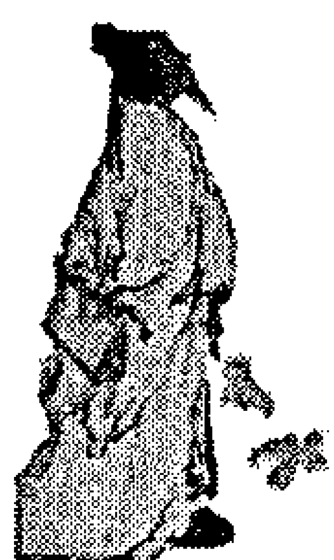
过劳伤筋，气血凝滞型腱鞘炎（桡骨茎突腱鞘炎）《中国梅花针》

底某，男，36岁，工人，1969年6月7日初诊。左手腕桡侧肿痛1个月余。不能拿工具做工，持轻物亦痛。在某医院检查诊断为腱鞘炎。曾用按摩、封闭、服中药未收效。检查：左手桡骨茎突外轻度肿胀，压痛明显，拇指不能作伸展、屈曲动作。在颈椎4～7及胸椎1～4两侧有条索和压痛。脉细弦，苔薄。证属过劳伤筋，气血凝滞，拟以养血疏筋，散瘀消肿为治。根据病证选取颈椎4～7及胸椎1～4两侧，患部外关、内关、阳溪、手三里、劳宫、阳性物处，拇、食指尖放血进治。采用梅花针治疗2次后，疼痛减轻，经治疗4次后，患部肿痛基本消失；经治疗7次后肿痛均消，亦能持物。治疗12次后。症状全消，拇指功能恢复正常。再巩固调理治疗4次而停诊。随访观察1个月，疗效巩固，已恢复正常工作。

三、王秀珍

（一）腱鞘炎（桡骨茎突腱鞘炎）《刺血疗法》

王某，女，51岁，农民，1979年8月7日初诊。左手腕桡侧疼痛不能持重已1个月余，伸屈不利，自觉有一根筋从腕关节桡侧至肘弯牵涉痛。本市某医院骨科诊断为桡骨茎突腱鞘炎。用中药熏洗未效。今来刺血。检查：局部有一小结节微隆



起，轻压痛。诊断：桡骨茎突腱鞘炎。治疗：刺血合谷。9月21日2诊，病情无变化。刺血曲泽、列缺。11月29日3诊，病情显著好转，腕关节伸屈基本不痛，小结节消散。刺血尺泽。效果：共刺血3次，诸症消失，功能恢复。

(二)腱鞘炎(拇长屈肌腱腱鞘炎)《刺血疗法》

洪某，男，10岁，学生，1975年9月13日初诊。左拇指屈伸受限5年。需用另一手扳动弹响后方能伸直。患部曾受外力撞击。经本省某医院检查诊断为拇长屈肌腱腱鞘炎。用泼尼松封闭及按摩等治疗，未见效果。检查：左拇指呈屈曲状，本指第二节末端可触到小硬结，轻压痛，边缘血管瘀血。诊断：腱鞘炎。治疗：刺血局部。随访：刺血后功能逐渐恢复正常，硬结亦已消散，左拇指伸屈自如。

【导读】

腱鞘炎是由长久的单一运动或过劳损伤引起的一种腱鞘损伤的疾病。多发于手腕部，因腕部慢性劳损及风寒刺激使腱鞘发炎，以腕部疼痛、提物乏力为特点，称桡骨茎突腱鞘炎。多见于家庭妇女、手工业者。腱鞘炎属于中医伤筋、筋痹范畴。多因素体虚损，血不荣筋，寒凝筋膜，瘀痰阻络，或因劳伤经筋，气血运行不畅所致。

本节所选医案的主治医家分别采用了毫针围刺、皮肤针、刺血治疗本病。

郑魁山医案：郑氏治疗本病的经验是在肿处用毫针围刺。前臂桡侧，配曲池、偏历、列缺、阳溪、合谷。腕部，配外关、阳溪、阳池平补平泻，疏经活血，消肿止痛。

钟梅泉医案：钟氏认为本病患者多在胸椎1～4两侧有条索及压痛，局部压痛明显并可摸到条索状物和结节。治疗时若为桡骨茎突腱鞘炎，应选取胸椎1～4两侧、患部、外关、内关、阳溪、手三里、劳宫、阳性物处，拇、食指指尖放血。若为拇长屈肌腱腱鞘炎选穴是胸椎1～4两侧、患部、阳性物处、大鱼际、合谷、阳溪、手三里，拇指尖放血。一般采用中等程度或较重刺激手法。患部和阳性物处宜重刺激。叩打患部时宜密刺，并配辅助手法，摸准阳性物，边叩打边揉按，以疏滞散瘀，消肿止痛。

王秀珍医案：王氏指出腱鞘炎常见于手指和腕部，多由损伤引起；或经常持久地伸拇和伸腕运动，造成肌腱与狭窄的腱鞘管壁发生紧张的摩擦，导致肌腱滑膜发炎，肌腱局部变粗。腱鞘管壁增厚。鞘腔变窄，出现疼痛和功能障碍。刺血可能起到活血通络、消炎止痛的作用。王氏所治病例①、②因病变部位不同，治疗时桡骨茎突腱鞘炎选合谷、尺泽刺血；拇长屈肌腱腱鞘炎则局部刺血起效。

第十三节 筋瘤、臁疮

一、刘保延

(一)筋瘤(双下肢静脉曲张)《火针》

王某，男，40岁，厨师，1992年7月12日初诊。患者双下肢静脉曲张20余年，



以左侧为甚。20 年前因长期坐卧湿地，加之做搬运工作，而出现下肢静脉瘀曲。逐渐显露如团，常感下肢无力。易疲乏，双下肢皮色略黑。诊断为筋瘤。行火针治疗。患者取坐位，下肢下垂，选择青筋盘曲成团处，用中等火针浅刺 5 针，再深刺 1 针，有暗红色血液从针孔射出，出血约 100ml，后血色变红而自凝，随即盘曲之青筋消失，患者无不适。3d 后复诊，局部盘曲团块变小，依前法再刺，放血约 50ml。1 周后再诊，盘曲局部已明显好转，只隐隐而见，改用局部火针浅刺。连治 5 次而愈。下肢乏力亦消失。

(二)臁疮(下肢慢性溃疡)《火针》

孙某，男，31 岁。双下肢患静脉曲张 4 年余，右下肢小腿内侧因外伤而致溃疡 6 个月余。患者 4 年前因双下肢被凉水激后始出现静脉曲张，6 个月前因外伤而致下肢小腿内侧相当于三阴交部位出现肿胀、发黑、质硬，局部无特殊不适感。2 个月前肿胀部位开始溃破流脓血水，经某医院脉管炎科诊为下肢慢性溃疡，经内服中、西药物及外敷药始终不能根治而求诊。检查：右下肢足内踝上可见 1 块 3cm×4cm 的疮面，时流溢黑绿色臭秽脓水，疮面肉色淡白。诊断：臁疮。治疗用火针。首次治疗先于疮面部位用中等火针点刺 12 针，针深 1～2 分不等，针后局部喷以双料喉风散。患者 2d 后来诊，自述针后分泌物开始减少，疮面局部较前红活，继以前法治之。治疗 7 次后已无分泌物流出，开始生长肉芽组织。治疗 23 次疮面基本愈合，随访 2 个月未复发。

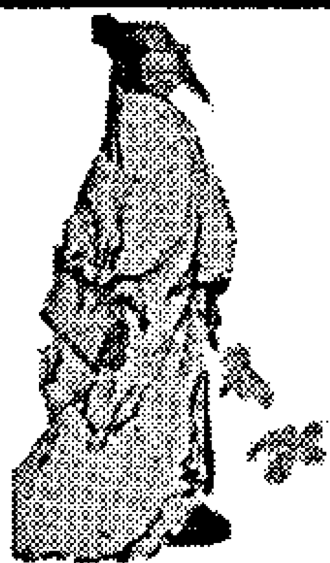
二、王秀珍

(一)臁疮(小腿慢性溃疡)《刺血疗法》

张某，男，73 岁，农民，1976 年 5 月 21 日初诊。双下肢小腿溃疡 4 年余，久治不愈，有下肢静脉曲张病史。在某市医院行过大隐静脉结扎术。初起两小腿下段有粟米样疹点，搔破流水，溃烂出血，面积不断扩大化脓发臭。经单方外洗、换药等治疗，溃疡面未见缩小，下肢胀痛，步履不便，今来刺血科治疗。检查：左腿胫骨前下 1/3 处至足背破溃，疮面 11cm×10cm，有黄血水渗出，周围皮色紫黑，溃疡周围小静脉怒张；右腿胫骨前 2 处溃疡，面积 2cm×2.5cm 及 2.2cm×1.5cm。诊断：小腿慢性溃疡。治疗：刺血委中、局部。疮面用淡盐水洗涤。6 月 21 日 2 诊：下肢胀痛大减，双腿溃疡面均见缩小，渗液亦少。刺血：解溪及局部。7 月 10 日 3 诊：右腿溃疡已愈合。左腿溃疡肉芽呈现鲜红，疮面缩小。此后左腿又刺血 2 次。效果：右腿共刺血 3 次，溃疡收口，左腿面积较大，刺血 5 次于 9 月亦愈合。患者正常参加劳动。

(二)臁疮(小腿溃疡)《刺血疗法》

孙某，男，43，教师，1981 年 8 月 15 月初诊。左小腿胀痛 17 年，内踝上破溃 8 个月。患者于 1963 年左腿内踝处被车撞伤，但无骨折，不久局部出现红肿疼痛。



第2年、第3年同样发作2次。曾在蚌埠某医院检查诊断为静脉炎，药物治疗暂缓解。1976年、1979年患处又碰破1次，长期药物治疗才愈合。现感左腿发胀微痛，行走沉重，走远路或上课站立过久则感疼痛、肿胀加重。今来刺血科治疗。检查：左小腿静脉曲张，皮肤紫暗，内踝处溃疡面积5cm×8cm，伤口有分泌物，溃疡下方小静脉怒张，患侧小腿肿，周径比健腿粗2cm。诊断：小腿溃疡。治疗经过：刺血委中、三阴交、然谷及局部。伤口用枯矾纱条湿敷包扎。此后每隔10～15d刺血1次。第4次刺血后溃疡即愈合。第5次刺血后左腿肿胀消除。先后共刺血6次溃疡愈合。17年下肢肿胀亦已缓解，行走轻快。

【导读】

筋瘤是指体表络脉曲张交错而形成团块的一种病变，临床以下肢静脉曲张所形成的团块最为常见，属浅表静脉病变。《外科正宗》云："筋瘤者，坚而色紫，垒垒青筋，盘曲甚者结若蚯蚓。"西医的下肢静脉回流障碍或静脉炎造成的下肢静脉曲张属于本病范畴。由于长期从事站立负重工作，劳倦伤气，或多次妊娠，气滞血瘀，筋脉纵横，血壅于下，结成筋瘤；或骤受风寒或涉水淋雨，寒湿侵袭，凝结筋脉，筋挛血瘀，成块成瘤；或因外伤筋脉，瘀血凝滞，阻滞筋脉络道而成。

臁疮是指发生于小腿臁骨部位的慢性皮肤溃疡，《证治准绳》有"裤口疮"、"裙风"，《外科证治全书》有"烂腿"等名，俗称老烂脚。本病多见于久立、久行者，常为筋瘤的后期并发症。主要发于双小腿内、外侧的下1/3处。西医的慢性下肢溃疡归属于本病范畴。本病多由久站或过度负重而致小腿筋脉横解，青筋显露，瘀停脉络，久而化热，或小腿皮肤破损染毒，湿热下注而成，疮口经久不愈。《疮疡经验全书》云："生此疮渐然溃烂，脓水不干，盖因湿热风毒相搏而致然也"。《证治准绳·疡医》云："……此因湿热下注，瘀血凝滞于经络，以致肌肉紫黑，痒痛不时。"认为臁疮是本虚标实之证，气虚血瘀为基本病机。益气活血，消除下肢瘀血是治疗的关键。

刘保延医案：刘氏认为筋瘤的治则为祛瘀，舒筋，散结。取局部阿是穴（青筋屈曲或盘踞成团处）为主；血燥火旺者加膈俞、血海、阳陵泉、太冲；寒凝血瘀者加肝俞、肾俞。操作时主穴选用中等火针速刺，点刺法。沿青筋屈曲隔3～5cm点1针；青筋盘曲成团，视其大小散刺2～4针。针后可流出黑褐色瘀血，不必止血，让其自行止血。若血出过多，或患者自觉不适，汗出心慌者，可在针眼处压迫止血，或用火银针熨烙止血。配穴可用细火针点刺或用毫针刺之。此种方法可应用5～10次。治疗后瘀血得以祛除，自觉患肢轻快，青筋亦萎缩。因病情不同，青筋或于3～5d后复出，可隔周再刺。火针治疗筋瘤常可见黑褐色血液从针孔喷射而出，其非伤及动脉，而为静脉瘀血。出血不必压迫止血，让其自凝，对凝血障碍的患者不用此法。筋瘤患者因其下肢血液循环不畅，抗病力低，易于感染且难于愈合，在火针治疗过程中要严格消毒，注意术后保护，谨防感染。所治病例①为筋瘤，火针治疗痊愈。



刘氏治疗臁疮时采用益气养阴，活血利湿，祛腐生肌法。取局部阿是穴及与疮面相贯的远端经穴，如足三里、阴陵泉、委中等。操作时以中等平头火针行速刺，点刺溃疡疮口，视疮之大小而定针数，针距为0.5cm。其他腧穴用细火针点刺或用毫针法。如溃疡周边肿胀明显，色黑质硬如肛口者，先用细火针点刺肿胀周边。从正常皮肤边缘开始向溃疡处分层刺；如疮面肉色灰白流溢灰黑或带绿色秽臭脓水，用中等平头火针刺疮面局部数针，可适当留针1～2min，以祛腐生新；如疮面红活，有淡黄色清稀分泌物者，则点刺疮面及其周边，行速刺法；如果针时痛甚不耐者，可于疮面对侧相应穴位上先行毫针刺法，待得气后再用火针刺患侧。病例②为臁疮，采用中等火针点刺后，局部喷以双料喉风散治愈。臁疮的难治之处在于收口不易和易于复发，而火针的优势所在是促其收口，效果明显优于其他疗法。在火针治疗的同时，应嘱病患注意保护患处皮肤，防止皮肤外伤及破损，并针对病因如糖尿病等进行治疗。对患有下肢静脉曲张者，则在其溃疡愈合后可用弹力护腿加以保护。

王秀珍医案：王氏认为小腿溃疡多由静脉曲张并发，静脉长期瘀血，患侧小腿特别是下1/3及踝部的皮肤及皮下组织发生营养不良，易破溃形成溃疡。中医学认为其病机是经脉瘀阻，气血壅塞不通，肌肤失去濡养，故溃而难敛。刺血旨在泻出经脉中的瘀血，促进溃疡愈合，这与改善静脉回流障碍的病理变化是相一致的。

第十四节　血栓性静脉炎

一、刘保延

血栓性静脉炎后期《火针》

刘某，男，64岁，退休工人。左腿疼痛2年余，加重6个月。1992年5月23日来诊。患者退休前曾在天津市市政工程处工作30余年，因长年户外工作加之劳累过度，平素即有腿疼病史。1990年4月左腿因外伤而致疼痛加重，行走时疼痛加剧，遂前往天津某医院诊为“急性深静脉炎”，经住院治疗2个月，症状缓解出院。患者退休后时感左腿胀痛不适，劳累、天气变化时加重，曾服中药数10剂及针灸按摩治疗无效。6个月前发觉肿胀加重，以膝关节以下为甚，皮肤发亮，按之无凹陷，肢凉麻木久行久站后加重，左膝关节肿大变形，之后需扶杖而行，舌质黯苔薄白，脉沉细偶有结代。诊断为血栓性静脉炎后期。予以火针治疗。选用中等火针行速刺法，漫刺左腿膝关节以下部位，针深约1寸，并酌加阴陵泉、阳陵泉、足三里、三阴交、太溪、太冲等穴。针后当即从针孔中流出大量液体，1h后流出约150ml。嘱患者回家保护好针孔，隔3d来诊。2诊时，针孔仍在流水，患者述自针后液体始终未中断，视其针孔周围有散在脓点，为预防感染加服头孢唑林，火针治疗同前。本患者共用火针治疗30余次，终而告愈。



二、贺普仁

气血瘀滞型静脉炎(上腹壁浅静脉炎)《针具针法》

康某，女，40岁。上腹壁疼痛已有5年之久。上腹壁及脐两侧有条状物，疼痛，伴压痛，经其他医院诊为"上腹壁浅静脉炎"。5年中经服中药、理疗多方治疗，未见明显好转，并有加重趋势。纳差，二便正常。患者面黄，痛苦貌，上腹及脐两侧有条索状肿物，红肿，触之剧痛，舌质淡苔白腻，脉沉数。辨证：气血瘀滞，阻于脉中，以致不通则痛及出现条索状物。治则：益气活血，通络散结取穴；局部阿是穴刺法：以中等火针行速刺法，点刺局部几针至十几针。每周火针治疗2次，1次治疗后上腹部疼痛有显著减轻，条索状物亦显著缩小，增加了患者的治疗信心。共治疗12次，症状消失。

三、焦顺发

浅静脉炎(左大隐静脉炎)《头针》

李某，男，39岁，司机。主因：左小腿内侧红、肿、痛3个月。病史：1978年元月，发现左小腿内侧有两块3cm×3cm之范围红、肿、痛，持续月余有所好转。后于同年3月1日突然左小腿内侧痛明显，红肿范围扩大，由原来痛的部位沿小腿内侧往上扩散至左膝窝下，有一宽5～6cm红肿带，先后用硫酸镁热敷、服土霉素及四环素数日均无效。劳动或出车后左小腿肿明显加重，于同年4月18日来诊。查体：从左内踝上8cm处开始往上沿左大隐静脉至腘窝下7cm，有6～7cm红肿带，高出皮肤，压痛明显，捏此带有硬结，而且疼痛明显。选区：右足运感区、右感觉区上2/5，每日1次。疗效：针3次后红、肿、痛明显好转，4次后基本痊愈，仅在腘窝下7cm处有1cm×1cm，内踝上8cm处有1cm×1cm硬结，沿静脉部位色素有沉着，其他部位完全恢复正常。行走时无痛感。

【导读】

血栓性静脉炎是指静脉内腔的炎症，同时伴有血栓形成。发生于浅表静脉者，临床称为浅层静脉炎，发生于深层静脉者，称为深层静脉炎。血栓性浅静脉炎是发生于肢体浅静脉的血栓性、炎性病变。临床表现以肢体浅静脉呈条索状突起、色赤、形如蚯蚓、硬而疼痛为特征，多发于青壮年，以四肢为多见，次为胸腹壁，是多发病、常见病，男女均可罹患。血栓性深静脉炎是血液在深静脉血管内发生异常凝固而引起静脉阻塞、血液回流障碍的疾病。主要表现为肢体肿胀、疼痛、局部皮温升高和浅静脉怒张4大症状，好发于下肢髂股静脉和股静脉，可并发肺栓塞和肺梗死而危及生命。血栓性静脉炎属于中医"赤脉"、"青蛇毒"、"恶脉"、"黄鳅痈"、"脉痹"等范畴，多为久坐久卧，病后产后伤气所致。气伤则气行不畅，血行缓慢，以致心虚血滞，脉道瘀阻，滞塞不通，或由湿热蕴结、寒湿凝滞、痰浊瘀阻、脾虚失运、外伤血



脉等因素致使气血运行不畅，留滞脉中而发病。浅层静脉炎多因湿热而诱发，深层静脉炎多因寒湿而诱发。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："此证生在小腿肚里侧，疼痛硬肿，长有数寸，形如泥鳅，其色微红，由肝、脾二经湿热凝结而成"。本病早期以清热利湿为主，后期以活血散结为主。

刘保延医案：刘氏认为火针治疗本病可通络开瘀，促进血栓的消散、机化、再通。火针对浅静脉炎的治疗效果要明显优越于深静脉炎。治疗浅静脉炎以活血祛瘀，和营通络为治则，取局部阿是穴(病变静脉处及周围)，选用中等火针行速刺，漫刺病变部位，针距宜大于1.5cm。若针后流出黑红色败血，可不立即止血，待其败血流尽自止。治疗深静脉炎早期应清热利湿、活血通络；后期应温阳利水，活血化瘀。取病变处阿是穴，早期可酌加血海、阳陵泉、太溪、太冲；后期可选用阳陵泉、足三里、三阴交、商丘等，选用中等火针行速刺，点刺下肢内侧疼痛部位或条索状物部位，针距要在3cm以上，应避开较大的神经和血管，针深可达1寸左右。配穴亦可用火针刺之，但应浅刺，或用毫针刺之。早期患者针后有恶血流出，而慢性久病患者针后则有清水和淡黄色液体流出，液体可持续数日或十余日源源不断地从针孔流出，故务必保护好针孔，切勿感染，或加服抗生素预防感染。

贺普仁医案：病程较长，采用火针局部阿是穴，1周治疗1～2次，并建议患者平时抬高患肢，锻炼适可而止，注意保暖防寒。

焦顺发医案：焦氏采用头针右足运感区、右感觉区上2/5治疗本病取得了较好效果，这两个区域均以治疗左侧下肢病症为主，焦氏运用头针起效，故同道可以借鉴。

第十五节 脱 疽

一、王秀珍

气血凝滞型脱疽(血栓闭塞性脉管炎)《刺血疗法》

白某，男，32岁，职工，1980年8月6日初诊。右脚疼痛伴间歇性跛行已5年。右足发凉，腿发酸，行走1华里路则感足底发胀，休息片刻方能再行。曾在蚌埠、合肥等医院住院检查诊断为血栓闭塞性脉管炎。经中西药物治疗及腰交感神经节切除，脚痛未缓解。1年前右拇趾第2节破溃久不收口。现右足剧烈疼痛，昼夜不能入睡，抱足而坐。检查：右足皮色淡紫，足背动脉搏动消失。拇趾肿，第2节处溃疡面3cm×2cm，伤口有脓性分泌物。右小腿腓肠肌萎缩，比健侧细3.5cm。诊断：血栓闭塞性脉管炎。治疗：刺血委中、临泣、太冲、腰俞、解溪。伤口清洁换药。内服红霉素片，每日4次，每次0.2g，连服5d。8月18日至10月9日又刺血4次，每隔12d刺血1次。右足疼痛缓解，拇趾肿消，伤口缩小，肉芽新鲜，夜间能正常入睡。



12月11日6诊：行走时腿肚已无酸沉感，肌肉长粗2cm，右拇趾伤口渐缩小。刺血解溪、委中。信访：第6次刺血后，右拇趾伤口愈合，足背动脉已复跳，走路正常，已胜任病前工作。

二、贺普仁

寒邪阻络，气血凝滞型脱疽（脉管炎）《针具针法》

赵某，男，31岁。左脚患脉管炎3年。3年前之冬，初起左足背红肿疼痛，渐转变为红褐色，足趾前端及脚掌青色，全足发凉，遇冷则痛剧，步履艰难，持杖跛行。曾在外院服用多种中西药物，收效甚微。检查：左足肿胀，发凉，色青紫，舌苔薄白，脉沉细。辨证为：寒邪留阻经络，气血凝滞，肢末失养发为阴疽。治以温散寒凝，调和气血。取穴：第1阶段，取足背痛处为腧，并配以冲阳、足三里、上巨虚、下巨虚。第2阶段改用火针燔刺足背局部。刺法：第1阶段以毫针密刺局部，其他腧穴平补平泻，留针30min，并加灸。第2阶段以中粗火针速刺15针。经用上述方法治疗百余次，诸症消失，临床治愈。1年后随访，情况良好，病未复发。

三、罗庆道

肝郁气滞，寒凝血瘀脱疽（血栓闭塞性脉管炎）《中国当代针灸名家医案》

朱某，男，19岁，学生，1987年6月26日初诊。主诉：双脚足趾发凉、麻痛5个月余。病史：1987年元月，因事与父争吵，恼怒不舒，食欲不振，睡眠不佳。几天后因下雪，早晨起床后扫门前雪，自觉双足趾端怕冷微痛，疑为受寒所致未曾就医。月余之后，足趾怕冷、麻木、疼痛逐渐加重，走路时间稍长即感小腿酸胀乏力，随即去某医院诊治，用药不详。此后，时好时发。近日足趾麻痛不敢着地，夜间疼痛尤甚，求治于余。检查：神志清楚，痛苦面容，步履艰难，下肢无水肿。舌质暗，舌边有瘀斑，苔薄白，脉细涩。双足1～3趾端可见粟米样黄色瘀点，双足趺阳脉隐匿不清，肢体位置试验（＋），趾端皮肤压迫试验（＋）。诊断：脱疽（血栓闭塞性脉管炎），属肝郁气滞，寒凝血瘀型。治疗：行气解郁，温经化瘀。取穴：肝俞、脾俞、三阴交、足三里、八风、足井穴。操作：先针肝、脾二俞，用平补平泻针法，针刺1min，不留针；再针下肢诸穴，用捻转泻法，留针10min，5min行针1次。起针后用艾温和灸30min，每日按上法治疗1次。经过18次的连续治疗，患者足趾麻痛完全消失，双足趺阳脉显现，行走如常人，病告痊愈。随访2年未复发。

【导读】

脱疽是指发于四肢末端，严重时趾（指）节坏疽脱落的一种慢性周围血管疾病，又称脱骨疽。多发于四肢末端，以下肢为多见，初起患肢末端发凉、怕冷、苍白、麻木，可伴间歇性跛行，继则疼痛剧烈，日久患趾（指）坏死变黑，甚至趾（指）节脱落。好发于青壮年男子、老年人或糖尿病患者。《灵枢·痈疽》有“发于足趾，名脱疽，其



状赤黑，死不治；不赤黑，不死。治之不衰，急斩之，不则死矣”的记载。西医学的血栓闭塞性脉管炎、动脉硬化性闭塞症和糖尿病足可归属于本病范畴。脱疽的发生与长期吸烟、饮食不节、环境、遗传及外伤等因素有关。以脾肾亏虚为本，寒湿外伤为标，气血凝滞、经脉阻塞为其主要病机。治疗以温阳散寒，活血化瘀，化痰通络为法。

本节所选医案的主治医家分别采用刺血、火针、毫针、灸法等方法治疗本病。

王秀珍医案：王氏认为本病是因脏腑蕴热于内，寒湿侵袭，气血凝滞，阳气不能下达，而致“不通则痛”。不通为本，冷、痛、跛、腐为标。治疗当贯彻行血通络的原则。选用委中、临泣、太冲、腰俞、解溪等穴刺血。其中委中、腰俞刺血疏通了下肢膀胱经气血达小趾；临泣、太冲、解溪分别疏通胆经、肝经、阳明经气血达足4趾、大趾、2趾、3趾。刺血后可泻除脏腑蕴热、散经络中郁闭。

贺普仁医案：贺氏认为目前脱疽除手术截肢外，尚无特效疗法，属疑难症。火针治疗尚处于摸索、尝试阶段，但已取得疗效。火针对早期脱疽的病情控制和症状改善有较好效果，选穴以阳明经为主，阳明为多气多血之经，火针治疗可激发阳明经经气，达通经止痛的目的。

罗庆道医案：罗氏认为针灸治疗脱疽有较好效果。所治病例内因情感不舒，肝气郁结，横逆伤脾，使脾阳不振，不能温养趾末，外因冰雪寒风侵袭，使寒邪客于经络，气滞血瘀，阻塞不通，导致肢端怕冷发凉，麻木疼痛不止。证属肝郁气滞，寒凝血瘀。治宜行气解郁，温经化瘀。选取肝俞可疏肝解郁，行气散瘀；脾俞、三阴交、足三里促进气血生化、输布，以温养四肢，活血化瘀；八风，足井穴，针刺后重加艾温灸，以温经通络，散寒消瘀。

第十六节 肠 痈

一、陈全新

肠络瘀滞型肠痈(急性阑尾炎)《陈全新针灸经验集》

杨某，男，25岁。主诉：右下腹痛0.5d。患者早餐后即打篮球，腹痛始自脐周，后转移至右下腹，伴低热、恶心而到诊。查体：病者表情痛苦，间歇呼吸性腹痛，体温37.8℃，心肺正常，腹肌微紧，肝脾未扪及，肠鸣音稍亢进，右下腹触痛明显，未摸到包块，反跳痛(+)，双下肢足三里及上巨虚出现过敏性压痛，大便未解，小便短赤，脉滑数，舌质红有瘀点，苔薄黄腻。血常规：白细胞$12\times10^9/L$，中性0.82、淋巴0.15、其他0.03。诊断：肠痈(急性阑尾炎)，肠络瘀滞型。治法：行气散瘀，通络止痛。取穴：天枢、上巨虚、足三里。配穴：曲池。上述穴位均用毫针泻法。运针后右腹痛缓解，留针1h。2诊：精神明显改善，诉经针刺后夜间只现短暂右腹疼痛2次，

大便已解，脉静身凉。右下腹按之尚痛，复查血象：白细胞总数 9×10^9/L，中性 0.76、淋巴 0.18、其他 0.06。刺后阳明气机得疏，瘀滞得除，故热退，腹痛减。仍宗原法，取刺上巨虚、大肠俞，右侧耳穴阑尾点埋针。嘱病者每隔 1h 按压埋针处 10min。3 诊：病容若失，起立、步行自觉右下腹微胀，但无疼痛。舌尖稍红，苔薄黄润，脉转缓。病势已去，再泻刺足三里、天枢，疏通阳明气机。4 诊：神态安宁，步行已无不适，右下腹按之柔软，无痛。舌淡苔白润，脉缓。复查血象：白细胞 8.0×10^9/L，中性 0.72，淋巴 0.26，其他 0.02。阳明气机通畅，肠络瘀滞消散，"通则不痛"，故诸症尽除。取上巨虚、三阴交平泻，进一步调和脾胃，巩固疗效。5 诊：腹痛未现，复检血象正常。除去右侧阑尾穴埋针。经追踪观察 3 个月，前症未现，临床治愈。

二、王秀珍

(一)肠痛(急性阑尾炎)《刺血疗法》

谢某，男，57 岁，农民，1971 年 6 月 17 日初诊。胃脘隐痛，食欲不振，伴腹胀便秘 3d，今晨脐周作痛，伴发热呕吐，经当地医疗站用抗炎、解痉、止痛药物治疗，症状未能缓解，到某院外科急诊，经检查诊断为急性阑尾炎，因畏惧手术而来刺血。患者呈痛苦面容，右下腹阵发性剧痛，痛处拒按，发热身倦，腹胀纳少。检查：体温 38.5℃，右下腹麦氏点压痛(+)，白细胞计数 14×10^9/L(14 000/mm^3)，舌苔黄，脉弦数。诊断：急性阑尾炎。治疗：刺血风市、足三里。6 月 20 日复诊：右下腹疼痛缓解，体温正常。刺血：委阳、曲泽。6 月 25 日 3 诊：自觉腹痛基本消失，白细胞 5.4×10^9/L(5 400/mm^3)。刺血：阳交。效果：刺血 3 次，腹痛消失，体温正常，随访观察 9 年，未曾复发，正常劳动。

(二)肠痛(阑尾周围脓肿)《刺血疗法》

刘某，男，60 岁，农民，1979 年 3 月 7 日初诊。右下腹阵痛 3～4d，大便溏薄，每日 4～5 次，在当地医院当作肠炎治疗未效。右下腹疼痛不断加剧，伴有恶心，经某医院内、外科检查会诊，确诊为阑尾周围脓肿，决定住院手术治疗，患者畏惧手术而来刺血。检查：腹部平坦，右下腹麦氏点可触及 4cm×10cm 大小包块，压痛明显，无波动感，伴有腹肌紧张及反跳痛。舌苔黄，脉弦滑，白细胞 11×10^9/L(11 000/mm^3)，中性 0.84，淋巴 0.16。诊断为阑尾周围脓肿。治疗：刺血髀关、曲泽(右侧)。效果，刺血 1 次后，于第 3d 复查腹部肿块消失，白细胞降到正常值。随访观察多年没有复发，患者正常参加劳动。

三、郑魁山

饮食不节、湿热郁积型肠痛(急性阑尾炎)《郑氏针灸全集》

李某，女，38 岁，职工。因转移性右下腹痛，伴有恶心 2d，1971 年 12 月 12 日入院。患者 2d 前突然腹痛，逐渐转到右下腹部疼痛，2d 来未大便，恶心欲吐，不思饮



食，全身不适而入院。检查：急性痛苦面容，心(一)、肺(一)，右下腹部肌肉紧张，麦氏点压痛阳性，反跳痛阳性，腰大肌试验阳性，阑尾穴(上巨墟上3cm)压痛；化验检查：白细胞$18.1\times10^9/L$，中性0.83，淋巴0.17，常规(一)，体温37.8℃，舌质红，苔黄厚，脉弦，80次/min。西医诊断为急性阑尾炎；中医辨证系饮食不节、湿热郁积。采用清热利湿、通便止痛之法治之。取天枢、阑尾穴，泻法，留针40min，每5min行针1次，腹痛即止；以每6h针治1次，至第2d大便1次，未再腹痛，腹部压痛减轻，改为每日针1次。14日腹部压痛消失，化验检查：白细胞$7.1\times10^9/L$，中性0.72，淋巴0.28。12月16日治愈出院。1972年2月15日随访情况良好。

【导读】

肠痈是指发生于肠道的痈肿，属于内痈，可发生于任何年龄，以青壮年为多，男性多于女性。西医的急性阑尾炎属肠痈范畴。肠痈病名最早见于《素问・厥论》："少阳厥逆……发肠痈不可治，惊者死"。饮食不节、饱食后急剧奔走或跌仆损伤、寒温不适及情志所伤等因素均可损伤肠胃，导致肠道传化失司，糟粕停滞，气滞血瘀，瘀久化热，热胜肉腐而成痈肿。六腑以通为用，通腑泻热是治疗肠痈的关键。清热解毒、活血化瘀法及早应用可以缩短疗程。针刺疗法具有促进肠蠕动、促使停滞物的排出、改善血运、止痛、退热、提高人体免疫功能等作用。

本节所选医案的主治医家采用毫针、刺血治疗本病，取得较好疗效。

陈全新医案：陈氏认为阑尾炎病情急骤，必须辨别针刺适应证(感染性)及外科适应证(阻塞性或化脓性阑尾炎)，在针刺过程中，必须掌握病情变化，认真记录腹痛程度、次数、体温、脉象、舌象、白细胞数和分类计数等，如经1～2d针刺后，腹痛减轻，体温下降，脉象转缓，黄腻舌苔转退，白细胞下降，压痛点减轻，则提示针刺有效，可继续治疗。反之，应及时采取中西医综合治疗，以免延误治疗时机。所治病例发于饱食后奔跑，致肠络气血瘀滞，不通则痛，诊为肠痈，证属肠络瘀滞。治取足阳明经穴为主，以达疏通阳明气血，清热止痛作用。刺足三里、上巨虚针尖应斜向腹部。用逆时针捻转，促使经气上达腹部，则奏效尤显。刺天枢穴针尖宜斜向右下腹病区，使气至病所。泻刺后阳明气机和利，肠络瘀滞得散，蕴热得清，通则不痛。

王秀珍医案：王氏认为肠痈多因饮食不节，寒温失调，饱食奔走，致胃肠运化失职，湿热毒气内蕴，气血凝滞而成。《外科正宗》云："大肠痈者皆湿热瘀血液入小肠而成也"。现代医学认为阑尾黏膜出现水肿、充血、白细胞浸润及梗阻，血行障碍，发炎阑尾被大网膜等组织粘连，包裹形成阑尾周围脓肿是主要病理变化。根据"六腑以通为用"，"不通则痛"的理论，刺血治疗在于祛瘀通阻，畅通血脉，清热解毒，消除瘀滞、梗阻的病理改变，恢复阑尾组织的正常血液循环，促进机体对炎症的吸收、消散，达到通则不痛的目的。

郑魁山医案：郑氏治疗肠痈的经验是选用足三里、上巨虚(或阑尾穴)、天枢、大巨用泻法，留针30～60min，每5～6min行针1次，5～8h施针1次，疼痛缓解后

12～24h 施针 1 次，以泻肠中积热。疼痛剧烈，配公孙、内庭以镇痛；恶心呕吐，配内关以止吐；发热，配曲池、合谷以清热；局部压痛久不消失，配阿是穴以活血；便秘，配大肠俞、次髎以通便。1972 年总结 20 病例中，治愈 16 例。治疗后平均 2～6h 腹痛消失；1～2d 体温和白细胞恢复正常。郑氏的特色在于每次治疗的间隔时间，更有利于控制病情，所以针灸不一定限定在每日治疗 1 次，病情需要可以增加治疗次数，以保证在短时间内控制病情。

第十七节　脱　　肛

一、王秀珍

脱肛（脱肛合并感染）《刺血疗法》

刘某，男，53 岁，教师，1973 年 4 月 8 日初诊。脱肛 8 年，起初大便时直肠脱出肛外，便后可自行回复，继则体质渐差，长年累月脱出不收，用手托也不回纳。脱出物大如桃李，表面糜烂，不断渗出黄血水，不能坐，不能行，内裤摩擦痛苦异常，用月经带垫以纱布兜护，始能行走，在当地医院检查认为有“直肠癌变可疑”。复去江西省某市医院住院检查，曾 3 次切片化验，未见恶变。诊断：直肠脱垂性脱肛并发感染。服中西药物治疗数年，未曾奏效。面黄形瘦，腰部酸胀，会阴作坠，纳食不香。来皖探亲，刺血治疗。检查：取膝胸卧位，取下丁字带，纱布上沾有脓血迹，气味腥臭，直肠脱出约 5cm，触痛，黏膜溃烂，渗出物色黄带血。诊断：脱肛伴感染。治疗：刺血腰俞。4 月 8 日 2 诊：刺血后腰部酸胀明显减轻，肛门部有上提感。检视肛部脱出物回缩 1/2，溃疡面缩小，分泌物大为减少，纳食增加。刺血：会阴。4 月 30 日 3 诊：会阴部无下坠感，脱出的直肠绝大部分回纳，肛外可见蚕豆大一点，大便后用手轻托即回，炎症已消。溃烂面愈合。刺血：腰俞。效果：8 年顽症，刺血 3 次，脱肛回纳。第 3 次刺血后，休息 2 周返乡时，肛外无脱出物，行远路大便后均不外脱，精神愉快，1 个月内体重增加 3.5kg。随访 6 年，情况良好。患者 1979 年 4 月来信说有轻度外脱。如酌用补中益气之品，扶助正气，疗效可能巩固持久。

二、郑魁山

气虚脱肛《郑氏针灸全集》

刘某，男，58 岁，工人。因腹泻 2 周引起肛门坠胀、脱垂，逐渐发展到每次大便时肛门脱出，不能自行回缩，必须用纱布或卫生纸推托才能复位，已 2 个月，患者年老体弱，精神不振，面色无华，舌苔薄白，脉沉细。证系久泻伤阳，中气下陷，收摄无权。采用补中益气、升提下陷之法治之。先针会阳、腰俞针向后刺，用热补法，使热



感传到肛门和腰骶以上，配百会针向上刺，用热补法使热感放散，气海用热补法，使热感传到会阴部，留针 20min，每日 1 次，针治 5 次时，大便时肛门虽脱出，但能自行回缩，共针治 9 次而愈，随访 3 个月未复发。

三、王宗学

中气下陷型脱肛《中国当代针灸名家医案》

郝某，男，50 岁，1986 年 1 月 20 日初诊。主诉：幼年脱肛，至今 43 年。病史：幼年患痢疾，限于当时条件，不能就医诊治，迁延日久不愈而致脱肛，数十年来，每次大便时肛门即脱垂，其长度约 3.5cm，便后不能自行回纳，需以手托之帮助纳人，每日大便 2～3 次，便后下坠感十分突出，虽经中西医多种方法治疗，效果不佳，兼见心慌、气短。检查：形体消瘦，舌苔薄白，脉象细弱偶有间歇。诊断：脱肛，中气下陷型。治疗：补中益气，升阳举陷。取穴：长强、大肠俞、百会、关元、气海、足三里。操作：上穴交替使用，均用补法，长强进针 1.5 寸，用捻转补泻法之补法，针感上抵腰部，大肠俞针感达骶部，百会穴用升提手法。复诊时自述肛门脱垂缩小。上穴连针 3 次后，便只用关元、气海、足三里。先针气海穴，用提插补法，针感达耻骨，再针关元穴针感达会阴部，足三里穴用捻转补法，针感向上，连续治疗 5 次，脱出之肛门回纳 1/2。此后，上述两组穴位交替使用，每日 1 次，共治疗 15 次病告痊愈。

四、赵尔康

中气不足型脱肛《中国当代针灸名家医案》

钱某，男，64 岁，农民，1955 年 4 月 26 日初诊。主诉：脱肛 2 年余。病史：脱肛时发时愈 2 年多。每于步行、咳嗽、用力时，直肠从肛门脱出，常需用手托才能纳回。曾在某医处就诊，服中药 40 余剂无效，求治。检查：神志清楚，面色无华，精神欠佳，形体消瘦，心肺正常，肝脾未触及。舌淡无苔，脉弦缓。诊断：脱肛，中气不足型。治疗：补中益气，滋养肝肾。取穴：百会、关元。配穴：长强、足三里、三阴交。操作：百会、关元均用艾条灸为主，配穴采用毫针法，采用开阖补泻之补法。隔日治疗 1 次。28 日复诊，脱肛减轻，精神略见好转，但苔脉如前。效不更方，仍宗上法治疗。连续 7 次针灸，苔脉正常，精神一如常人，脱肛痊愈，随访年余，未见复发。

【导读】

脱肛是直肠黏膜、肛管、直肠全层和部分乙状结肠向下移位反复脱出肛门外，伴有肛门松弛的一种疾病。西医的直肠脱垂归属于本病范畴。多由小儿气血未旺，老年气血衰退，中气不足或妇女分娩用力耗气，气血亏损，以及慢性泻痢、习惯性便秘、长期咳嗽等导致气虚下陷，固摄失司，以致肛管直肠向外脱出。治疗宜补

气升提，收敛固涩。

本节所选医案的主治医家在治疗本病时均重视应用升提之法。

王秀珍医案：王氏认为脱肛是气虚下陷，不能收摄，形成肛门松弛、升举无力所致。刺血治疗脱肛是通过腰俞、会阴两穴调整直肠肛门的血液循环，调整内脏平滑肌，使直肠黏膜及肛门括约肌张力加强，恢复正常的收缩功能。所以在刺血后患者自觉肛门有上提感。在脱肛恢复后应酌情服用补中益气之品，扶助正气，疗效巩固持久。

郑魁山医案：郑氏认为脱肛多因湿热下注，或久泻不止，致中气下陷，升举无力，下元虚弱，形成肛门松弛，不能收摄所致。选取会阳、腰俞。会阳在肛门附近，尾骨尖旁 0.5 寸，向前直刺，用提插法，使感觉向肛门传导，并使肛门有抽动感；腰俞用捻转补法，使感觉传到骶髂部，使患者局部有向上提的感觉，以收敛维系肛门之筋，促其自行回纳。

王宗学医案：根据脱肛多因久泻久痢，大病之后元气亏耗，致使中气下陷，督任亏损，收摄无力而成。穴取长强以固督脉，加强肛门括约肌的约束功能，取百会以升下陷之气，大肠俞以调理大肠功能，关元、气海以培补元阳之气，足三里健脾补中。王氏认为针刺手法也很关键，长强进针 1.5 寸，用捻转补泻之补法，针感上抵腰部，大肠俞针感达骶部，百会穴用升提手法。诸穴相伍，手法得当，其效果相得益彰。

赵尔康医案：年逾花甲，中阳虚衰，肝肾日亏，气虚下陷，致肛门松弛易脱。故治宜补中益气，滋养肝肾，升阳举陷为主。取位于巅顶之百会，以回阳固脱；取小肠之募关元，为足三阴与任脉之会穴，又是三焦之气生发之处，灸之具有补益肝肾，益元气助升提之功，佐以长强局部取穴能起到直肠收敛回缩之效；足三里健脾益气；三阴交具有滋养肝肾之作用。百会、关元均用艾条灸，配穴采用毫针开阖补泻之补法，诸穴合用，疾病痊愈。

第十八节　疝　　气

一、张子和

疝气《儒门事亲》

项关一男子，病卒疝。暴痛不任，倒于街衢，人莫能动，呼予救之。余引经证之，邪气客于足厥阴之络，令人卒疝，故病阴丸痛也。余急泻大敦二穴，大痛立已。夫大敦穴者，乃是厥阴之二穴也。邪气客于足厥阴之络，当从本经解之。



二、王执中

疝气《针灸资生经》

舍弟少戏举重，得偏坠之疾。有道人为当关元两旁相去各3寸青脉上灸7壮，即愈。王彦之患小肠气，亦如此灸之愈。

三、高　武

疝气《针灸聚英》

魏士珪妻徐病疝，自脐下上至于心皆胀满，呕吐，烦闷，不近饮食。滑伯仁曰：此寒在下焦。为灸章门、气海愈。

四、龚廷贤

疝气《续名医类案》

子才亲家周少峰患疝气偏坠，肿痛不可忍。遇秀才传一方，用黄土水和作干泥拍作大饼，于火上烘热熨痛处。冷则再易，立愈。

五、周　巷

疝气《医说续编》

郑亨老病疝，灸之得效。其法：以净草一条，茅及麦秆尤妙，度患者两口角为一折折断，如此三折。则折成三角，如"△"字样。以一角按脐中心，两角在脐之下，两旁尖尽处是穴。若患在左侧灸右，在右则灸左，两边俱患，即两穴皆灸。艾炷如麦粒大，灸14壮或21壮，即安也。

六、焦顺发

疝气（右腹股沟斜疝）《头针》

李某，男，68岁。主因：咳嗽时右阴囊上部有肿物伴疼痛2个月余。病史：1978年元月某日无明显诱因，咳嗽时右阴囊上有一肿物外凸，形如小儿拳头大，伴疼痛。以后在重体力劳动或伸展腰拿东西时，此肿物也外凸。1978年3月11日来诊。查体：咳时右腹股沟处有拳头大之肿物外凸，而且局部有疼痛感。选区：左侧肠区、感觉区上2/5，每日1次。疗效：针刺进后，右阴囊上部有往上抽之感，起针后，咳时疼痛减轻。针8次后，重体力劳动时肿块已不外凸，咳时无痛感。

七、杨永璇

疝气（右侧腹股沟斜疝）《杨永璇中医针灸经验选》

章某，男，48岁。初诊：疝结少腹已20年疲劳后每易发作，最近发病已连续3



个月。按触右下腹凝聚有形，为闭塞不通之象。入夜梦多，胃纳尚可，神疲力乏。脉弦，苔黄腻。症情顽固，试用疏泄厥气法。针灸方法：足三里（补法）、蠡沟、大敦（泻法）均双侧用捻旋补泻法。留针 5min。2～3 诊：连续 2 次，上方每日针治 1 次。4 诊：第 4 天，即连续次日。疝气偏右，少腹仍结聚有形，纳呆，入夜多梦不安。此气乱而浊阴盘踞也。仍守前法。针灸方法：同上方加神门（双）（泻法）。余依上方。5 诊：第 6 天，即间隔 1d。疝气坠重，已觉少缓，惟夜梦未宁，胸满不舒。针灸方法：同上方加内关（双）（泻法），余如上方。6～11 诊：第 18 天，连续 6 次，上方每间隔 1d，针治 1 次。12 诊：第 20 天即间隔 1d，痛势渐减，坠重亦松，神气转佳，卧仍未安，觉右足踝不舒，再守前法。针灸方法：同上方去内关，加解溪右（泻法）余依上方。13～14 诊：连续 2 次，上方每间隔 1d，针治 1 次。15 诊：第 26 天，即间隔 1d。坠痛渐止，精神亦振作，前方合度。针灸方法：同上。16 诊：第 29 天，即间隔 2d。疝痛虽止，久病元气空虚，右下腹仍未尽舒。针灸方法：同上方加三阴交（双）（泻法）余如上方。17 诊：间隔 2d，上方针治 1 次。18 诊：第 34 天，即间隔 2d。疝气已瘥，脉形濡细，舌苔薄润。此湿浊余邪，羁留未清，气血未调也，用清宣郁结法。针灸方法：天柱、照海（补法）、神门、大陵（泻法）均双侧，用捻旋补泻法。19 诊：第 37 天即间隔 2d。诸恙悉平，夜梦渐安，再用调摄心神兼和中气法。针灸方法：神门、大陵、照海（泻法）、三阴交、解溪（补法）均双，用捻旋补泻法。20 诊：第 40 天，即间隔 2d。症状均已消失，眠安纳佳。针灸方法：同上。此次针治后，已恢复健康，经随访无恙。

八、郑魁山

寒湿侵袭，气血痹阻少腹型疝气《郑氏针灸全集》

李某，男，18 岁。因抢收小麦，被雨淋，晚上即觉小腹疼痛，逐渐加剧，第 2 天小腹和睾丸抽搐剧痛，痛时经常背过气去，卧床不起、不思饮食已 2d。检查小腹有硬块压痛拒按，阴茎回缩，阴囊冰凉拒按，手足凉，舌质淡，苔薄白，脉沉紧。证系寒湿侵袭，凝滞小腹，气血痹阻，而成寒疝。采用温寒散湿，疏经活血，行气止痛之法治之。先针关元、气海、三阴交用热补法，使温热感传到少腹、会阴和足趾，留针 30min，配大敦灸 30min，针灸后疼痛减轻，每日 1 次，连续针治 5 次，痛止疝消。3 个月后随访未复发。

【导读】

疝气是以体腔内容物向外凸出，睾丸或阴囊肿胀疼痛为主症的病证。疝名，始见于《素问・阴阳别论》，有五脏之疝、六经风疝之分，虽所指非一，然多责之于任脉与足厥阴肝经。“疝者痛也”是诸疝的共同点。至金元时代《儒门事亲》中亦立七疝之名，曰：寒疝、水疝、筋疝、气疝、狐疝、㿗疝、血疝。究其所由，“非肝木受邪，则肝木自甚也”，故创“诸疝皆属于肝木”之说。古代医家对本病论述颇多，本节仅涉及



常见的寒疝、湿热疝、狐疝。西医的腹外疝、肠套叠、睾丸鞘膜积液等均属中医疝气范畴。本病发生多与任脉、足厥阴肝经有关。因前阴在任脉循行线上，足厥阴肝经过阴器、抵小腹，若坐卧湿地、涉水冒雨，寒湿之邪循任脉与肝经凝滞于阴器小腹者为寒疝；寒湿之邪蕴久化热，或湿热下注于阴器者为湿热疝；劳伤过度或强力负重，损伤筋肉经脉，气虚下陷，小肠脱入阴囊，时上时下者为狐疝。

本节所选医案的主治医家多从肝论治疝气。

张子和医案：症见睾丸猝然肿大，疼痛多因寒凝肝脉，气血凝滞而发。大敦穴为足厥阴之井穴。井者，气血所注如井也，故能调节阴阳气血，为急救常用之穴。邪从大敦而泄，大痛立已。

宋代著名针灸专家王执中所治病例症见单侧睾丸肿大，疼痛下坠，灸关元两旁相去各 3 寸青脉上即愈。“关元两旁相去各 3 寸”为经外奇穴“气门”所在。此穴善治疝气，能灸能针，并能治功能性子宫出血。

明代针灸专家高武所治病例的症状，与《素问 · 骨空论》所云：“……从小腹上冲心而痛，不得前后，为冲疝”相和，实指寒滞肝脉而已矣。治疗取章门穴活血，气海穴利气，灸以散寒，疾病痊愈。

明代医家龚廷贤所治疝气偏坠，用黄泥饼烘热熨之，热力持久，且易深透；方法独特，但是其原理以“温”为主。

周巷医案：所治病例中运用的灸法，现在称为“三角灸”，属经外奇穴。因其所取穴位的连线呈三角形，故称为三角灸。取穴：用细绳一条或细棍一根，量取患者两口角之间的长度，以此长度作等边三角形，顶角置于脐中，底边呈水平位，两底角处，即为施灸的穴位，以笔做记号。施灸时，用中艾炷两枚，放置施灸点（即两底角处）点燃施灸，以患者感到灼痛时为度，除去艾灰，另换一炷。因穴在下腹，善温下焦，灸之令寒散而疝得愈也。凡由寒而起者皆可灸之，适用于妇人不孕、奔豚上冲，治疗又为慢性腹泻、胃寒疼痛之要穴也。

杨永璇医案：杨氏根据张子和“诸疝皆归肝经”的理论，认为肝经循股阴，入毛中，过阴器，抵小腹，与疝气发病部位、关系最为密切。根据经脉所过，主治所在的原则，治疝无非要从治肝入手，只是临证有取心经、脾经、胃经、肾经等化裁。所治病例为右侧腹股沟斜疝，症由阳虚寒凝，故初时气阻不通用泻法，取肝经腧穴为主，以疏其气络，通清阳以解寒凝，气行则血亦行，盖不通则痛，通则不痛。善后酌用补法，采用了心包经、脾经、胃经、肾经腧穴以壮经气，使常而不变，严为戒备，杜其复作。认为诸疝又有灸大敦一法，偏左灸右，偏右灸左，艾炷如枣核大，隔姜或隔蒜灸 3～5 壮，灸至知痛而难忍即去之，亦颇有效验。强调如果疝气多次发生偏坠，甚则嵌顿不能回复者，应早期手术治疗，以免耽误患者病情。

郑魁山医案：患者属于寒疝，治疗时先针关元、气海、三阴交用热补法，使温热感传到小腹、会阴和足趾，留针 30min，后配大敦灸 30min，以温补肝肾之阳散寒邪。



针灸后痛止疝消。

第十九节　伤　筋

一、贺普仁

筋腱脉络受损型伤筋（右侧跟腱陈旧性全断裂）《针具针法》

毛某，男，26岁。3个月前因踢足球不慎致右跟腱损伤。经某医院运动医学系诊断为右侧跟腱陈旧性全断裂。食欲、二便均调。检查右跟腱处突起一坚硬性肿物，状如胡桃，足胫肿胀，舌质红，苔白，脉沉数。辨证：筋腱脉络受损。治则：舒筋活络，通调气血。取穴：局部阿是穴。刺法：交经缪刺，以中等火针用速刺法点刺健侧对应处。针20次后跛行减轻，结节缩小，改针患侧3次，痊愈。6个月后追访。情况良好。

二、刘保延

筋腱脉络受损型伤筋（右踝关节扭伤）《火针》

石某，男，19岁，学生。右足踝部扭伤0.5d。患者在踢足球时不慎摔倒扭伤右踝关节。遂在附近医院经X线摄片排除骨折。建议其卧床休息及热敷。检查：右足踝关节肿胀，右丘墟部位肿胀明显。皮肤呈紫色，触痛明显，活动受限，右足不能着地行走，右踝关节尚能活动但剧痛。诊断为右踝关节扭伤。治疗先用毫针刺左丘墟，并让患者活动右踝关节，10min后可着地行走，但仍不敢用力，用力则痛。然后用中等火针速刺右踝关节肿胀部位4针，出瘀血约3ml，患者可快步行走不觉痛甚。嘱其回家外敷七厘散，又治1次而愈。

三、朱汝功

气血瘀滞型伤筋（急性腰扭伤）《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

陆某，男，62岁，1981年5月2日初诊。腰间疼痛，不能行动已3d。3d前因持重扭伤腰部，即疼痛不能转侧，不能俯仰和步履，精神委顿，胃纳不佳，曾作推拿治疗，疼痛未减。病者素有腰痛史，1975年春发作时，X线摄片显示“腰椎肥大”，1980年4月又发病1次，经用针灸、中药治疗1个月余，好转。检查：腰3～5椎体旁有明显压痛，拒按，双侧骶棘肌紧张，左右转侧及前后俯仰均不能。舌苔薄白，脉弦滑。此扭挫伤气，经血阻滞之故，治以通经活血。取穴：大椎、腰痛点（双）、阳谷（双），手法：平针法，捻转得气为度，转1次。留针15～20min，10min捻转1次。先针大椎穴，次针其他穴，留针15min后，活动腰部，幅度由小到大，转侧自如后起针，症状基本消失，惟感颈部活动尚牵掣。5月5日2诊，病者步行来门诊，称上次针后



症状明显好转，行动自如，但颈部俯首时尚感牵掣，腰部久坐后重滞，再守上方投治。取穴：手法同前。5月7日3诊，腰部疼痛已完全痊愈。颈部牵掣亦消失，再巩固治疗1次，停止针灸。取穴：大杼(双)、肾俞(双)、气海俞(双)。手法：平针法，留针10min。

四、钟梅泉

(一)外伤筋脉，气滞血瘀型伤筋(右前臂扭伤)《中国梅花针》

雷某，男，16岁，学生，1976年4月7日初诊。患者5d前送客去车站，手提重物，不慎致右前臂扭伤，持续疼痛，持物不稳，不能参加学工劳动。曾服镇痛片、热敷收效不明显。检查：患部不红肿，自右肘关节以下前臂肌肉有明显压痛，肌张力高，关节活动好。诊断为软组织损伤。在胸椎1～4两侧有条索和压痛。脉细弦，苔薄白。证属外伤筋脉，气滞血瘀。拟以活血化瘀，通经止痛为治。根据病证，选取颈椎4～7及胸椎1～4两侧、患部、阳性物处、手三里(右)、曲池(右)进治。采用梅花针治疗1次后，疼痛明显减轻，经治2次后，疼痛消失，关节活动正常。按原方继续巩固治疗1次而停诊。

(二)外伤络滞，血瘀内积型伤筋(扭伤左踝关节)《中国梅花针》

陈某，男，47岁，农民，1970年1月11日初诊。4d前因背重物走坡路，不慎扭伤左踝关节。局部疼痛，瘀血肿胀，不能下炕，走路艰难，曾服镇痛片、外搽药酒、单方浸洗均未收明效。检查：左踝关节肌肤肿胀，指按凹陷。肌肤与内、外踝平高，皮肤呈浅紫色，关节活动功能障碍。在腰、骶部可摸到条索及压痛。脉细稍弦，苔薄质紫。证属外伤络滞，血瘀内积。拟以活血散瘀，消肿止痛为治。根据病证，选取腰、骶部、患部、阳性物处、承山、阳陵泉、解溪、丘墟、昆仑。患部压痛点重刺出血1次。采用梅花针治疗后，当即疼痛减轻；经治疗2次后，疼痛大减，肿胀也减轻；经治疗3次后，疼痛轻微，肿胀明显消减，能下炕站立，稍能走路；经治疗4次后，皮肤浅紫色消退；经5次治疗后，肿消，走路基本正常，惟患部稍有痛感；经6次治疗，症状消失，恢复常态而停诊。

五、魏　稼

外伤筋脉，气滞血瘀型伤筋(急性腰扭伤)《魏稼针灸经验集》

易某，男，30岁，1993年5月6日就诊。自诉1周前因搬水泥，扭伤了腰部，现腰痛剧烈，腰部活动受限，不能屈伸，下蹲困难，直腿抬高试验阳性。诊为急性腰扭伤。此由负重闪挫，经络受损，气滞血阻所致。针刺取穴：阿是穴、委中。毫针刺，用泻法，留针15min。出针后即施腰部按摩，加点按委中、承山，弹拨昆仑，约15min。术毕，患者即刻弯腰自如，腰痛霍然而失。针灸、推拿相结合，临床应用比较广泛，其互补性尤为突出，亦是提高疗效的重要措施。

六、杨甲三

(一)闪气腰痛《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

李某,男,72岁,工人,1992年12月26日初诊。腰部刺痛2d。患者前日关窗时因腰部用力不当,屏气闪挫,而发腰部刺痛,不敢弯腰,勉强蹲下后须扶着东西才能吃力站起,当咳嗽、喷嚏及深呼吸时疼痛加剧,舌质暗红,苔薄白,脉尺部无力。检查:腰部活动轻度受限,脊间正中从腰3至骶1均有压痛;直腿抬高试验(-)。诊断:闪气腰痛。针灸处方及刺法:因疼痛位于腰脊正中,乃督脉为病,取督脉之穴人中,远刺近动,以宣通督脉,行气活血。针刺人中时要以30°角向上斜刺入0.2~0.3寸左右,边行捻转泻法,边令患者向前后左右转动腰部数次,而后令患者蹲下,依前法捻针,再令患者站起,如此反复5次,患者站起时已不似针刺前那样吃力,腰痛明显好转。第2天如前法再针刺1次,腰痛痊愈。

(二)闪气腰痛《中国百年百名中医临床家丛书·杨甲三》

李某,男,50岁,教师。1993年2月10日初诊。腰部刺痛1d。患者昨日搬运煤气罐时因腰部用力不当,闪挫而致腰部剧烈疼痛,不能转动,痛处拒按,自用麝香虎骨膏贴敷后,症状不能缓解。第2天来院求治。刻下腰部刺痛拒按,不能转动,咳嗽时加重,行走困难,舌质暗,苔薄白,脉弦。检查:腰痛位于第4,5腰椎右侧,腰脊正中无压痛。诊断:闪气腰痛。针灸处方及刺法:因疼痛部位在足太阳膀胱经,故浅刺攒竹,用远刺近动方法,效果不明显,考虑乃因患者症状较重,遂改用梅花针叩打局部,致患处隐隐见血,用大火罐拔住吸血10ml左右,起罐后患者腰部活动自如,疼痛消失,收到立竿见影之效果。

七、杨永璇

气逆损血,气滞血瘀型伤筋(急性腰扭伤)《杨永璇中医针灸经验选》

梅某,男,46岁。初诊:劳损有年,近因闪挫作腰痛。先由某医院诊治,经伤科用中药内服外敷,已经1周,效果不显,转来针治。病者神色委顿,行动转侧均感困难,咳则引痛尤甚。脉细滑,苔薄腻。病在督脉,有损阳脉之海。用宣通散瘀法。针灸方法:取水沟、委中(双)、气海俞(双)(均泻法)用捻旋补泻法。气海俞针后加拔火罐。经用原方每间隔1d,针治1次,症情逐渐减轻,共针治4次而痊愈。

八、张涛清

(一)扭伤瘀阻型伤筋(急性腰扭伤)《张涛清针灸治验选》

王某,男,53岁,干部。主诉:1d前因持物不慎将左侧腰部扭伤,即不能转侧,活动受限,咳嗽,呼吸屏气更觉痛甚,彻夜难眠,动则声泪俱下。翌晨不能穿衣裤,鞋袜,需家人帮助。检查:患者行走腰部向左侧倾斜,俯仰,坐卧疼痛剧烈,第3腰



椎左侧横突至腋后线压痛明显，舌质淡，苔薄白，脉弦紧。诊断为急性腰扭伤，辨为扭伤瘀阻。取穴：气海。手法：进针得气后，让患者前后左右扭动腰部，并抬腿弯腰，下蹲，左顾右盼，患者活动的同时，行强刺激捻转针柄约 30min，仅 1 次，疼痛若失，腰部活动自如，针治而愈。

（二）扭伤瘀阻型伤筋（急性腰扭伤）《张涛清针灸治验选》

郭某，女，36 岁。自诉：昨天下午因下自行车时不慎将腰部扭伤，当即不能弯腰和左右侧屈，迈步时腰部甚痛。检查：弯腰至 20°，再不能下屈，左右侧屈活动受限，第 5 腰椎两侧压痛明显，舌淡苔白，脉浮紧。诊断为急性腰扭伤。辨为扭伤瘀阻。取穴：气海。手法：用强刺激如上法，不留针，起针后，疼痛若失，弯腰系鞋带亦不觉痛，针治 1 次而愈。

九、王登旗

血瘀型伤筋（踝关节软组织损伤）《中国当代针灸名家医案》

武某，男，18 岁，尼泊尔人，学生，1978 年 4 月 8 日初诊。主诉：左足扭伤 4 个月余。病史：4 个月前参加学校足球比赛时，不慎扭伤左足，当时疼痛较重，行动不便，经服西药及外敷药物，疼痛始终未能消失，曾到马腊迪省某医院体疗科按摩及理疗，疼痛也未能控制，经介绍转针灸治疗。检查：左足外踝周围无红肿，但外踝前下缘，相当于丘墟穴压痛明显，踝关节背屈 24°，中附关节外翻 46°，内翻 28°。诊断：左足扭伤（踝关节软组织损伤），血瘀型。治疗：活血化瘀，通经活络。取穴：阳池（右）。操作：用缓慢捻进法进针，入针后针感上下放散，留针 25min，中间行针 3 次，起针后疼痛大减。2 诊：经昨日针刺后，现只觉隐痛，行走较为方便。经针刺 3 次后疼痛基本消失，第 4 次患者来诊告知，完全消失，可以跑步活动，均无受限。

【导读】

人体遭受外力撞击、扭转、牵拉、坠堕等各种暴力或慢性劳损等原因所造成的筋的损伤，统称为伤筋。现代医学称为软组织损伤。筋的范围是比较广泛的，主要是指筋膜、肌腱、韧带，还包括皮下组织、部分肌肉、关节囊、关节软骨等组织。因此在四肢及腰背部位，除了坚硬的骨骼外，各种软组织都属筋的范畴。外来暴力猛烈撞击、跌扑挫压、强力扭转等均可引起急性伤筋。受伤后，筋肉或损或断，络脉随之受伤，气血互阻，血肿形成，引起疼痛和功能障碍。急性伤筋患者如果不进行及时和有效的治疗，迁延日久，则瘀血凝结，血不荣筋，导致筋肉挛缩、疼痛、活动受限，变为慢性伤筋。此外也可慢性积劳成伤，又称慢性劳损。劳损性疾患好发于多动关节及负重部位，例如肩部、肘部、手部，在日常频繁的劳动中，局部活动过度，可致肌筋疲劳与磨损，气血不畅，动作乏力、疼痛。又如腰部、膝部等处亦为劳损之好发部位。特别是某些长期、单调、反复的动作，容易发生劳损伤筋。针灸治疗伤筋有较好的效果，初期即可做针刺治疗，急性伤筋的后期及慢性伤筋，取穴以痛处与循

经取穴相结合，结合艾灸，以温经止痛。

本节所选医案的主治医家应用火针、毫针、梅花针、推拿等方法治疗伤筋，选穴有缪刺选穴、局部选穴、循经选穴、经外奇穴等。

贺普仁医案：贺氏采用火针并且选用交经缪刺，取得了良好的疗效。

刘保延医案：刘氏认为踝部损伤应首先排除踝部骨折，明确诊断后再行火针治疗，如为踝部骨折，复位前不要进行火针及其他针灸疗法的治疗，而复位后的局部肿胀、功能恢复或后遗的疼痛均可用火针治疗，并有很好的效果，其他部位的扭伤也可参考踝关节的方法进行治疗。

朱汝功医案：朱氏认为扭挫伤筋是由于气血瘀滞于经络，周流不畅所致。疼痛则因经血阻滞，不通而痛。针灸治疗有良好效果，施治按扭伤局部的所属经络，分经论治，可以局部取穴与远道取穴结合配用。手法视病情缓急，在平针法的基础上用持续捻转或留针期间歇捻转法，也可用龙虎交战法。朱氏所治病例，即体现了这一原则。腰脊为督脉与足太阳经之分野，故取大椎为邻近取穴，配手太阳阳谷，系手足太阳同气相求理论之运用。腰痛点为近人经验奇穴，定位在手背侧，当第2,3掌骨及第4,5掌骨之间，当腕横纹与掌指关节中点处，一侧2穴，左右共4穴。本穴对腰痛有特效，治之中的，痛减病愈。

钟梅泉医案：钟氏认为扭挫伤筋除患部有阳性物及阳性反应外，扭伤上肢者，则在颈椎4～7及胸椎1～4两侧有条索和压痛；扭伤下肢者，则在腰、骶部有结节、条索和压痛，临床根据辨证选穴。急性扭挫伤局部疼痛明显，皮下瘀肿，运动功能障碍，证属瘀血内积，脉络阻滞。以活血化瘀，通络消肿为治。患部在上肢者，选取颈椎4～7及胸椎1～4两侧、扭伤局部、阳性物处、曲池、阳池。患部在下肢者，选取腰骶部、臀部、扭伤局部阳性物处、丘墟、冲阳、承山、阳陵泉。若为挫伤后期，经治疗症状基本消失，惟留轻度肿痛，或功能障碍尚未全复者，宜以养血舒筋，活络止痛调理为治。一般采用中等度或较重刺激手法。阳性物及阳性反应区宜采用重刺激。如扭伤局部有瘀血时，可在瘀血处重刺出血。

魏稼医案：魏氏指出针灸推拿并用于治疗本病疗效显著。

杨甲三医案：杨氏认为治疗急性腰扭伤的经验是远刺近动法。远刺近动是指腰两侧痛选用攒竹，脊中痛则选用人中。痛处轻刺法或刺络，远刺委中放血，局部扬刺拔罐。令患者直立，双脚略分开，浅刺远离腰部的攒竹或人中，进行捻转泻法，边令患者活动腰部；或浅刺压痛点，边行捻转泻法，边令患者活动腰部。关于扬刺《灵枢·官针》有“扬刺者，正内一，傍内四而浮之”，的论述，后世演变为梅花针，扬刺后拔罐放血。腰两侧为足太阳膀胱经所过，攒竹为足太阳膀胱经经穴，刺之可疏通足太阳膀胱经经气，“经脉所过，主治所及”，故攒竹可治疗腰两侧痛。脊中为督脉所主，人中为督脉的经穴，刺之可宣通督脉经气，使脊中痛愈。边针刺边活动腰部，则更有利于经气的疏通及腰部气血的运行。委中为足太阳膀胱经之合穴，膀胱



经腰背的两条支脉皆下行会于腘中，根据“经络所过，主治所及”的作用，古人总结出“腰背委中求”的经验。遵“视其血络，刺出其血，无令恶血得入于经，以成其疾”之旨，用三棱针点刺患侧委中血络，可收到泄血通络、行气祛瘀之效。因跌扑闪挫，损伤筋脉，气血瘀滞，阻滞经络，局部扬刺拔罐除去恶血，使新血得生，气血流通，腰痛自然好转。杨氏强调治疗急性腰扭伤切忌深刺，一定要浅刺，若深刺则疼痛加重。

杨永璇医案：杨氏治疗急性腰扭伤疗效较好。常有患急性腰扭伤，腰痛不能动者，远在数十里外，请人用门板抬来就医，针后腰痛即愈，欣然自负门板，步行而归。查腰痛之症，原因不同，症状各异，痛势有轻重，病程分久暂，故疗效亦有迟速。所治病例为急性腰扭伤，伤在督脉，气逆损血，搏于背脊，气滞血瘀，不通则痛。治疗取水沟以通调督脉气逆，用委中以疏泄膀胱经气，针气海俞加拔火罐，温通局部气血，以达通则不痛，根据《针灸玉龙歌》：“强痛脊背泻人中，挫闪腰酸亦可攻，更有委中之一穴，腰间诸疾任君攻”施治而收效。

张涛清医案：张氏针刺治疗急性腰扭伤的特色是单选气海穴，进针得气后让患者前后左右活动腰部，并抬腿弯腰。同时，医者行强刺激捻转针柄，一般腰痛立即减轻，针1～2次可病愈。张氏认为气海疏宣经络闭滞之气，通调营血，协调任、督、冲三经经气，补真元，养气血，使患者痊愈。

王登旗医案：王氏治疗急性腰扭伤采用了同名经相应交叉取穴法，是根据中医脏腑、阴阳、经络学说理论基础，结合“病在下者，取之上”的方法治疗。手少阳三焦经与足少阳胆经为同名之经，阳池（手少阳经）与患部的丘墟（足少阳经）相对应，内者又“同气相求”，根据《黄帝内经》中缪刺、巨刺的原则，“左病治右，右病治左”而引申。踝关节软组织扭伤局部出血凝滞，脉络不通，气血运行不畅，而出现疼痛、肿胀及正常功能失调。操作时可边行针、留针，边嘱患者活动患部，促进局部气血流通，络脉通畅，通则不痛，而达消肿止痛的目的。

第二十节 肘 劳

一、刘保延

肘劳（右肱骨外上髁炎）《火针》

殷某，女，56岁，农民。右肘关节外侧疼痛伴屈伸不利3年余。患者因长期从事农田劳动，加之用力过度渐至出现右肘关节疼痛。开始疼痛部位不固定，痛不甚，休息后即减轻。近3年来疼痛部位固定在肘关节外侧，屈伸受限，握物无力，易于掸落，握掌拧毛巾时疼痛尤甚。诊断为：“右肱骨外上髁炎”。治疗先用1寸毫针刺右冲阳穴，用强刺激法，并让患者活动右肘关节，约10min后自觉屈伸较前灵活，

疼痛减轻，然后用中等火针刺局部痛点 2 针。以此法治疗 5 次而愈。

二、贺普仁

肘劳(网球肘)《中国当代针灸名家医案》

李某，男，42 岁，工人。主诉：右肘尖疼痛 1 年余。病史：患者平时不经常参加体力劳动，1 年前由于搬东西不慎用力太过，随后即出现右肘尖高骨处疼痛，并日趋加重，现在右臂连暖水瓶都不能提，曾在某医院针灸、按摩、热敷治疗，效果不显，经人介绍来我院治疗。检查：一般状况良好，右臂不敢持重物，微有肿胀，局部压痛明显。舌苔薄白，脉沉弦，诊断：网球肘。治疗：舒筋通络，活血止痛。取穴：冲阳、阿是穴。操作：冲阳进针后要得气之明显，行捻转手法，平补平泻。局部阿是穴以火针刺之。如是治疗 3 次即告痊愈。

三、钟梅泉

血不养筋、筋膜劳损型肘劳(网球肘)《中国梅花针》

柳某，女，36 岁，干部，1992 年 5 月 25 日初诊。右肘部疼痛已 3 个月余。患者业余有打网球爱好。约 3 个月前一次打球时间过长，自觉肘部不适，随即出现右肘疼痛，日益加重，拧毛巾、扫地痛甚，持物乏力。在北京某医院检查，诊断为网球肘(肱骨外上髁炎)。曾用按摩、针灸、贴止痛膏，收效不显。检查：患部不红肿，右手指握力减弱。肱骨外上髁有明显压痛，在颈椎 5～7 两侧和胸椎 5～7 两侧可摸到条索及压痛。手三里穴有压痛。苔薄白，脉细弦。证属血不养筋、筋膜劳损。拟以养血舒筋，通络止痛为治。根据病证，选取颈椎 5～7 及胸椎 1～4 两侧。患部、曲池、手三里、外关、阳性物处，拇、食指指尖放血进治。采用梅花针治疗 1 次，肘部疼痛大减，经第 2 次治疗后，疼痛基本消失，手指握力正常，经治疗 3 次，症状消失，手臂活动自如，无不适感。再以巩固治疗 1 次而停诊。随访观察 8 个月业余仍然打球，未见复发。

四、于书庄

(一)肘劳《于书庄针灸医集》

鸿某，女，39 岁，1985 年 9 月 14 日初诊。病史：右肘外侧酸痛 6 个月余。腕关节无力，拧毛巾等动作疼痛加剧，痛后曾局部封闭数次未效。检查：肘外侧肱骨外上髁压痛，病属阳明经。治疗经过：针一间穴(病侧)，行龙虎交战法(左捻九右捻六)，针后肘痛明显减轻。隔日针一间、陷谷(双侧)，肘痛消失。观察年余，未见复发。

(二)肘劳《于书庄针灸医集》

孟某，女，60 岁，1987 年 3 月 13 日初诊。病史：1986 年 8 月左肘外侧痛，放射



至前臂，用力握拳及前臂旋转时疼痛加重，病后曾针灸局部多次未效。检查：左肘外侧肱骨外上髁压痛。病属阳明经。治疗经过：针一间穴（病侧），得气后按压1～2min，经气（热感）传至病所，肘痛立即减轻而消失。观察5个月余，未见复发。

（三）肘劳《于书庄针灸医集》

邢某，女，47岁，1987年4月9日初诊。病史：右肘酸痛近1年，向上臂及下臂放射，腕关节无力，病后曾接受穴位封闭6次，电兴奋5次，理疗1次均未效。检查：肱骨外上髁压痛。治疗经过：针一间穴，行龙虎交战手法。针后当时痛减，当日夜间疼痛又作。5d后复诊，针一间、陷谷穴，针后痛减而消失。观察4个月未见复发。当日夜间疼痛又作。5d后复诊，针一间、陷谷穴，针后痛减而消失。观察4个月未见复发。

【导读】

肘劳是以肘部疼痛、关节活动障碍为主要临床表现的疾病，俗称“网球肘”。属于中医“伤筋”、“痹证”的范畴，西医的肱骨外上髁炎（或称“肱骨外上髁综合征”）属于本病范畴。主要由于劳动性质使前臂常处于旋前伸腕状态，肌肉长期紧张痉挛；二是由于急性损伤，致桡侧伸腕肌附着点骨膜破裂，引起骨膜下出血、血肿、机化、钙化，刺激伸腕肌群；三是由于局部慢性炎症刺激末梢神经引起疼痛。中年人发病率较高，男女之比为3∶1，右侧多于左侧。中医认为，劳累汗出，营卫不固，寒湿侵袭肘部经络，使气血阻滞不畅；长期从事旋前、伸腕等剧烈活动，使筋脉损伤、瘀血内停等均能导致肘部经气不通，不通则痛。治疗宜舒筋活血、通络止痛。

贺普仁医案和刘保延医案中均运用火针刺激冲阳穴为治疗本病的关键。此病乃由体质较弱，筋膜劳损，气血虚亏，血不养筋所致，而冲阳穴为足阳明胃经之原穴，脾胃为后天之本，气血生化之源，又主筋肉。胃经多气多血，故刺胃经原气所聚之处，可生气血濡筋肌，利关节，止疼痛。火针可消除局部之瘀结疼痛。毫针与火针配合使用治疗本病多可取速效，但早发现、早治疗，疗效最佳。同时医嘱患者在治疗期间宜减少患部的活动，以利于炎症的早日吸收。

钟梅泉医案：钟氏认为梅花针对本病有显著效果。肘劳患者在颈椎5～7两侧及胸椎1～4两侧可摸到条索及压痛，患处有明显压痛点，手三里穴有压痛。对于肘部疼痛，持物无力，握拳动作肘痛加剧患者。以养血舒筋，通络止痛为治。选颈椎5～7两侧及胸椎1～4两侧、患部、曲池、手三里、外关、合谷、阳性物处，拇、食、中指尖放血。疼痛甚并放射至前臂者，重点叩打手三里、曲池，患部阳性物宜密刺，拇、食指指尖重刺放血；屈肘手不能持重物，前臂无力者，除重点叩打患部外，应加劳宫、内关、肩髃，另选心包经和三焦经自肘至腕体表循行路线各叩打3行；症状基本消失，宜巩固调理治疗，选胸椎1～4两侧、曲池、手三里、外关。一般采用中等程度刺激，阳性物及压痛点处宜采用较重刺激手法。梅花针重刺指尖放血，可隔2～3d进行1次，患部可加用艾灸，有利病情恢复。

于书庄医案：所治病例①、②、③皆为肘劳，均选取经外奇穴一间穴治疗。一间穴位于食指1、2第指骨之间关节处，屈指桡侧纹头处取之。操作时毫针直刺4～5分深，得气后按压1～2min，待气至病所。若气不至病所者，行龙虎交战法（左捻九右捻六）2次，一般针1次即愈。若不愈或气不至病所者加陷谷穴（双侧）。陷谷为足阳明腧穴，是本病的反应点。以上3例病例中均取得很好的疗效。

第 4 章

五官科病证

第一节 目赤肿痛

一、王秀珍

(一)目赤肿痛(双眼角膜炎,伪膜性结膜炎)《刺血疗法》

沈某,男,3 岁,儿童。患儿因双眼肿,分泌物增多,不能睁眼 3d,1975 年 8 月 9 日来省某医院眼科诊治。眼科检查:两眼睑结膜均急性充血,睑结膜水肿,增厚,并有伪膜形成。右角膜透明,左角膜弥散灰白色浸润。眼科诊断:双眼角膜炎、伪膜性结膜炎。治疗经过:8 月 23 日刺血治疗,取穴太阳,每隔 5d 刺血 1 次,先后刺血治疗 3 次,眼科复查,症状消失,视力好,痊愈。

(二)目赤肿痛(右眼角膜基质炎)《刺血疗法》

徐某,男,44 岁,工人。1974 年 8 月 18 日工作中不慎被煤车挤伤右侧颞部。伤处缝合治愈后,发生右眼红肿、眼球发胀、怕光、头痛。省某医院眼科检查:右眼结膜充血,角膜弥散性实质性灰白色混浊水肿。诊断:右眼角膜基质炎。中西药物治疗 6 个多月,效果不显著,1975 年 5 月 28 日来刺血科治疗。诊断:右眼角膜基质炎。治疗经过:取穴太阳、尺泽、印堂、鱼尾,每隔 7～10d 刺血 1 次,共刺血治疗 5 次,眼科症状消失,痊愈。1979 年 3 月随访,刺血治愈后,至今未复发,视力正常。



(三)目赤肿痛(急性结膜炎)《刺血疗法》

马某,女,36岁,干部。双眼红肿疼痛,羞明3d,1977年6月10日来诊。检查:双眼睑水肿,结膜中度充血,分泌物多。诊断:急性结膜炎。治疗:针刺太阳穴出血,当天眼睑水肿消散,能睁开眼。次日红肿基本消退,3d之后症状全部消失痊愈。

(四)目赤肿痛(急性结膜炎)《刺血疗法》

邢某,男,43岁,干部。患者双眼红肿,怕光,不能睁眼5d。经某医院眼科诊治;点消炎眼药水,收效甚慢,而来刺血科治疗。检查:双眼睑水肿,球结膜网状充血明显,分泌物多。诊断:急性结膜炎。治疗经过:取穴太阳,针刺出血治疗后,眼睛能睁开,自觉双目清晰明亮。次日肿消,第3天红肿退尽痊愈。

二、李志明

肝胆火盛,风热外侵型目赤肿痛(急性结膜炎)《中国当代针灸名家医案》

姜某,男,22岁,工人,1980年10月28日初诊。主诉:双眼红肿、流泪、怕光3d。病史:该患3d前双眼红赤,继而肿痛,流泪,怕光,经某医院眼科诊断为急性结膜炎,用眼药水点眼,3d无效,今日到我科就诊。检查:双眼红肿,流泪,有分泌物,舌红、苔薄黄,脉弦滑。双眼结膜充血、水肿。诊断:暴发火眼(急性结膜炎),肝胆火盛,风热外侵型。治疗:清热散风,消肿止痛。取穴:双眼区。操作:用隔核桃皮眼镜灸。用此灸法2次历时2d,眼肿消失而治愈。

三、杨兆民

目赤肿痛(外伤性感染性角膜溃疡)《中国当代针灸名家医案》

李某,女,35岁,农民,1957年4月21日初诊。主诉:目赤肿痛5d。病史:患者5d前,不慎被麦芒刺伤右眼,当天右眼红肿灼痛,外用眼药膏、眼药水治疗,未见好转。3d后,灼痛加剧,肿势鸱张,眼眵增多,曾去某医院眼科门诊,诊断为外伤性感染性角膜溃疡,仍口服及外用抗生素,治疗2d后,效果不显,求余试治。现症:右眼红肿,灼痛如戳,不能触碰,数夜不能入眠。检查:痛苦面容,右眼焮肿如核桃,眼裂消失,脓性眼屎满布,泪水淋漓,身热有汗,舌质红,脉数。诊断:目赤肿痛(感染性角膜溃疡)。治疗:清肝明目,泄邪解毒。取穴:大、小骨空穴。操作:用小艾炷化脓灸右手大、小骨空各3壮,灸后当即起泡,用消毒敷料包护。初诊:选合谷、风池,针用泻法;太阳、商阳、耳尖用点刺出血法。2诊:症状未减,前方再加外关、足临泣,针用泻法,连针2d,仍无改善。5诊:征得患者同意,改用小艾炷化脓灸右手大小骨空穴各3壮,嘱3d后再来复诊。复诊时,患者右眼肿消痛止,眼裂如常,开阖自如,眼垢已净,夜眠安宁,满脸堆笑,显获治效。嘱自采野菊花,洗净煎汤,凉后,用消毒



纱布洗眼，以善其后。

【导读】

目赤肿痛为眼科常见的急性传染病，具有流行性，好发于春秋季，俗称"红眼"、"火眼"、"风热眼"、"暴风客热"、"天行赤眼"等。西医的急性结膜炎归属于本病范畴。关于本病的流行性古书早有记载，如《证治准绳》中说："一家之内，一里之中，往往老幼相传者是也……为天时流行热邪相感染"，对其发病时间亦有"时维夏令，红障满轮，暑气熏灼，最易染人"《眼科易秘》的记载。其病因病机主要是风热邪毒，侵犯目窍，阻滞经气，或兼肝胆郁热，循经上扰，使气血壅滞而发本病。治疗宜祛风清热，消肿定痛。

本节所选医案的主治医家多是依据古代文献记载对本病进行治疗，但方法和选穴各异。

王秀珍医案：所治病例①，②，③，④西医分别诊断为双眼角膜炎，伪膜性结膜炎，右眼角膜基质炎，急性结膜炎，但均采用太阳穴刺血，以泄热消肿而取效。刺血太阳治疗眼疾，古代文献早有论述。《针灸玉龙歌》云："两睛红肿痛难熬，怕日羞明心自焦，只刺睛明鱼尾穴，太阳出血自然消。"有些顽固难治且易复发的眼病也应用刺血治疗。王氏认为太阳穴临近眼部，刺血太阳直接疏通眼组织的血液循环，从而改善眼球及其附属器官的血液供应，消除炎症，使眼疾较快的痊愈。

李志明医案：李氏指出隔核桃皮壳灸是古代的一种灸法，清代《疡医大全》就有记载，用于治疗外科肿疡。李氏在此法的启发下，采用隔核桃皮壳灸治疗目赤肿痛，通过实践改制并创用了隔核桃皮眼镜灸。操作方法是将核桃壳劈开，掏空果仁，用铁丝把核桃壳做成眼镜状，经中药浸泡，壳内再放上中草药煎液，核桃壳外部用艾条加温（现在已改用无烟艾条），被中药浸泡的核桃壳上的药物成分及内部的中药成分被眼部吸收，起到活血化瘀、疏通经络作用。临床实践证明对结膜炎、睑腺炎（麦粒肿）、角膜炎、近视眼、视神经萎缩等眼病均有很好的效果。李氏曾应用本法治疗结膜炎 30 例均灸 1～2 次而愈。灸前将半个核桃壳放于菊花水中浸泡 3～5min，因菊花入肝经，有散风清热、平肝明目之功，增强了治疗效果。

杨兆民医案：曾采用抗生素治疗，未能获效。杨氏在 1～4 诊时应用清肝明目，泄邪解毒的毫针刺法，亦无起色，后即用以艾炷化脓灸，竟 1 次告愈。究其原因，杨氏认为经云："针所不为，灸之所宜"具有重要的临床意义，患者虽用针泻刺络法，未能应手，改用灸大、小骨空穴，效如反掌，其机制前贤早有明示，如《红炉点雪》云："实病得火而解者，犹火能消物，有实则泻之之义也，热病得火而解者，犹暑极反凉，有火郁发之之义也"，与《黄帝内经》"火郁发之"的治则吻合。艾灸具有宣通发散，以灸引热邪。选灸奇穴大、小骨空，出自《针灸玉龙歌》"风眩烂眼可怜人，泪出汪汪实苦辛；大小骨空真妙穴，灸之 7 壮病根除"之句。

第二节 针 眼

一、王秀珍

针眼(睑腺炎)《刺血疗法》

周某,女,32岁,教师。患者左眼上睑局限性红肿有脓头2d。10多年来双眼交替反复发作睑腺炎,药物治疗不能根除。近2个月来每隔2～3d发作1次,右眼刚愈,左眼又起,殊感痛苦。1973年10月5日来门诊刺血。诊断:睑腺炎。治疗:刺血太阳。随访:刺血1次,从未再发,10多年反复发作之睑腺炎得到根治。

二、刘保延

针眼(睑腺炎)《火针》

赵某,女,27岁,护士。右上眼睑长出一针眼已数日。患者于数日前发现右上眼睑长一针眼,经热敷无效发展至今。检查:右上眼睑可见1个0.5cm×0.3cm的针眼,红肿,顶尖有脓点。治疗:用细火针点刺脓点1针,挤出少量脓液,1次而愈。

三、张涛清

脾胃热盛,风热上攻型针眼(睑腺炎)《张涛清针灸治验选》

管某,女,32岁,干部,1982年7月初诊。主诉:右眼下睑有异物感3d余,伴红肿痒痛,口渴,尿黄,大便干燥。检查:患者右眼下睑近外眦局部有1个0.5cm×0.5cm大小的硬结,推之不移,按之疼痛,局部黏膜红肿,但无脓性分泌物溢出,痒痛不适,舌红苔黄,脉数无力。诊断为"睑腺炎",辨为脾胃热盛,风热上攻。治宜泻火解毒,疏风清热,消肿止痛。取穴:太阳、鱼腰、承泣、耳尖、厉兑(双)。手法:以上诸穴均点刺出血,针治1次后,当日炎症明显减轻,2d后痊愈。

四、钟梅泉

风热相搏,客于胞睑型针眼(睑腺炎)《中国梅花针》

陈某,女,16岁,学生,1965年11月10日初诊。左眼患睑腺炎2d,红肿胀痛,无热,未作过治疗。检查:左眼睑红肿,可见一个如麦粒大小肿块,未溃破,触之疼痛。在颈椎1～2两侧可摸到条索,并有压痛;在胸椎7右侧3cm处可见一个紫红色如粟粒大小红点。舌苔薄,脉细。证属风热相搏,客于胞睑。拟以疏风清热,消肿止痛为治。根据病证,选取眼区、颈椎1～4两侧、风池、合谷、正光、睑腺炎患部轻刺,背部红色反应点重刺放血进治。采用梅花针治疗1次后,第2天患部红肿基本消除,继续治疗1次,第3天睑腺炎消退,外观正常,目无不适,背部红色反应点



亦消失。

【导读】

针眼是指胞睑边缘生小疖肿，形似麦粒，易于溃破，是眼睑内的一种急性化脓性炎症，因本病有针破排脓即愈的特点，故《诸病源候论》称之为针眼。又名“偷针眼”、“土疳”、“目疡”和“挑针”。西医眼科学睑腺炎、睑腺炎归属于本病范畴。针眼的发病与嗜食辛辣厚腻之品，脾胃郁热内蕴，热毒上攻，气血瘀滞壅聚而成疮；或外感风热毒邪侵袭，客于胞睑有关。若为反复发作者，多因余邪未清，热毒蕴伏，或体质虚弱（包括营养不良儿童及抵抗力低下的老人），或素有屈光不正等为本病诱因。对于外感风热者，宜疏风解热；对于脾胃蕴热者，宜清热解毒。

王秀珍医案：王氏采用刺血疗法治疗眼病的原理详见目赤肿痛节，此不赘述。

刘保延医案：刘氏认为针眼初起未成脓时，可局部热敷或配合太阳、耳尖放血，大部分可治愈。对已成脓者，切勿自行挤压，以免脓毒扩散，变生他症。应用火针治疗成脓期优于手术切开，因手术切开易留瘢痕，且切口愈合慢。

张涛清医案：张氏认为针眼发病多与脾胃内热，热毒上攻，气血瘀滞壅聚和外感风热毒邪侵袭，客于胞睑有关。所治病例辨证为脾胃热盛，风热上攻，随之点刺太阳、鱼腰、耳尖出血，用以疏风清热；并根据阳明经多气多血的生理特点，点刺该经起止穴承泣、厉兑以泻火解毒，活血化瘀，共奏消肿止痛之效。

钟梅泉医案：钟氏采用梅花针治疗针眼，认为患者在颈椎 1～2 两侧可摸到条索，并有压痛；在胸椎 7 右侧 3cm 处可见一个紫红色如粟粒大小红点。可针对患者的反应点进行治疗。关于患者背部反应点的寻找，嘱患者暴露背部，在 1～2 胸椎至腋后线范围内寻找隆起如粟粒状、粉红或紫红色、呈卵圆形、散在数个、但不高出皮肤，直径约 1cm 大小的反应点。青壮年及老年人可有如大头针顶，或比粟粒还小，呈粉红或紫红色，压之不褪色的反应点。婴幼儿如无反应点时，可沿第 3～5 胸椎棘突两横指处点刺出血，一般出 2～3 滴瘀血即可。

第三节 近视、弱视

一、钟梅泉

(一)肝虚心血不足型近视《中国梅花针》

肖某，9 岁，学生。患者患近视已 4 年，看物有时呈双，眼易疲劳。已配戴眼镜 1.5 年。既往有长时间连续阅读、看书写字距离过近的不良习惯。胃纳佳，二便如常，性情急躁，夜寐欠安。检查：双眼视力均为 0.6。屈光度(散瞳验光)：右眼近视 −1.50°、散光 +1.50°；左眼近视 −1.00°、散光 +0.75°；双眼矫正视力为 1.2。正光穴处可摸到结节和压痛，颈椎 1～2 侧可摸到条索，并有压痛。苔薄舌尖红，脉细稍



弦。证属肝虚，心血不足，拟益肝、养心血、明目为治。根据病证，按上法采用梅花针治疗7次后，双眼视力增加1.0，经治疗1个疗程(15次)，右眼视力增加为1.2，左眼增加为1.5。第2个疗程继治，双眼视力均达到1.5，上述症状消失，看物清楚，上课及平时不用戴眼镜，复验屈光度为平光痊愈。停诊观察，嘱其注意用眼卫生保护视力，做好正光穴自我按摩。经随访观察7年7个月，双眼视力仍保持1.5，无不适感。

(二)肝肾两虚型近视《中国梅花针》

钟某，男，14岁，学生，1964年8月5日初诊。看远物模糊不清已3年，用眼稍多则发胀，易疲劳。既往有常躺床看书不良习惯。因视力不好，戴镜已1年余。胃纳佳，二便如常。患者为早产儿。检查：双眼裸眼视力均为0.5。屈光度(散瞳验光)：右眼近视－1.50°、散光－0.50°；左眼近视－1.50°、散光－0.50°；双眼矫正视力均为1.5。正光穴处可摸到绿豆大小结节、按压时有酸痛反应，颈椎1～2两侧可摸到条索，并有压痛。舌苔薄，脉细。证属肝肾两虚，拟补肾养血益肝明目为治。根据病证，按上法采用梅花针治疗5次后，双眼视力由0.5增进到1.0，继续治疗5次，双眼视力已达到1.5。看物清楚，眼已不易疲劳和发胀，学习工作也不戴眼镜，无不适感。再继续巩固治疗1个疗程停诊。改为定期复查观察1年，视力保持未减。嘱患者坚持做好正光穴按摩，注意用眼卫生，以防再得近视。连续随访观察9年疗效巩固。(注：1982年7月13日再次复查患者，双眼视力仍保持正常，无任何不适)。

(三)脾肾虚弱型弱视(弱视、远视散光)《中国梅花针》

李某，女，9.5岁，学生，1982年12月21日初诊。视物模糊看字不清楚4年，看书写字要距书本很近。有时眼发胀，易疲劳，怕光。曾在北京几个医院眼科检查。诊断为弱视、远视、散光。经配戴眼镜、遮盖法、弱视机训练治疗均未收效，检查：眼球向各方向运动不受限，眼位正，视力右眼为0.5°，左眼为0.1°。屈光度(散瞳验光)：右眼远视＋5.50°、散光＋1.25°，矫正视力为0.6°；左眼远视＋6.50°、散光＋2.00°，矫正视力为0.1°。在正光穴处可摸到结节及压痛，颈椎1～2两侧及胸椎5～12两侧可摸到条索，腰椎两侧有泡状软性物。脸色㿠白欠华，体瘦，性情急躁。头发枯黄，纳谷量少，偏食，喜甜，盗汗，大便干。苔薄质淡，脉细尺弱。证属脾肾虚弱，精气不能上注于目，目失濡养。拟以补肾健脾，明目为治。根据病证，选取正光和正光2，风池、百会、脾俞、肾俞、中脘、胸椎5～12两侧，腰部，阳性物处进治。采用梅花针治疗1个疗程(15次)后，视力增加：右眼为1.0，左眼为0.8；继治1个疗程，视力增加：右眼为1.2，左眼为1.0；胃纳转佳，症状消失。再治1个疗程，视力右眼为1.5，左眼为1.2，为巩固疗效再继治1个疗程，视物清楚，体重增加1kg，无不适感，停诊观察。随访3年8个月，视力未减，一切正常，疗效巩固。

(四)心肝血虚型弱视(弱视、共同性内斜)《中国梅花针》

李某，男，6岁，1990年4月22日初诊。患孩1岁发现斜视，4岁看物模糊不



清，看书要距书本很近，怕光。在北京几个医院眼科检查，诊断为弱视、共同性内斜。已戴眼镜2年，弱视训练均未收效。检查：眼球向各方运动不限、视力右眼0.2，左眼0.25。屈光度（散瞳验光）：右眼远视+7.5°、散光+1.00°，矫正视力0.5；左眼远视为7.50°、散光+1.00°，矫正视力0.5。经角膜映光法检查诊断为共同性内斜20°。在正光穴可摸到结节及压痛，颈椎1～2两侧有条索，胸椎5～10两侧可摸到条索。性急心烦，偏食，胃纳不佳，脉细稍弦，苔薄尖红。证属心肝血不足，目失濡养。拟以养血，平肝、宁心明目、纠斜为治。根据病证，选取正光和正光2，风池、内关、百会、心俞、肝俞、胸椎5～10两侧，阳性物处进治。采用梅花针治疗1个疗程（15次）后，视力增加：右眼1.0，左眼1.5，继治1个疗程，视力增加；右眼1.5^{-2}，左眼2.0^{-2}，症状消失，看物清楚，斜视减为10°。经第3个疗程治疗后，视力右眼为2.0^{-1}，左眼为2.0^{-2}，外观和双眼检查已正位。巩固调理治疗1个疗程，一切正常。无不适感而停诊。随访观察2年5个月，视力保持正常未减，外观和检查眼位均正常，患孩已上小学，学习成绩优良。

二、葛书翰

单纯性近视《中国当代针灸名家医案》

成某，女，10岁，学生，1984年4月12日初诊。主诉：视力下降2个月。病史：患者近2个月来，两眼看黑板上的小字模糊不清，而课本上的小字则清楚可见，因影响学习，而要求针灸治疗。既往身体健康，视力一直良好。眼科检查：视力为左0.6，右0.8。双眼眼底正常。屈光度数：左－1.0D，右－0.5D。诊断：能近怯远症（单纯性近视）。治疗：益气养血，通络明目。取穴：承泣。配穴：翳明、风池。操作：承泣穴用30号1.5寸毫针，以30°角向睛明方向斜刺，当刺入1寸左右，眼区周围有酸胀感或流泪时，留针20min。翳明、风池穴，用28号1.5寸毫针刺入0.8寸左右，取得针感后，留针20min。每日1次，10d为1疗程。针1个疗程后，视力：左由0.6升至0.7；右由0.8升至0.9^{+2}。针2个疗程后，视力左0.8，右1.0^{-2}。针3个疗程后，视力左0.8^{+2}，右1.0。针4个疗程后，视力左1.0，右1.2^{-2}。1年后随访，视力：左0.9，右1.0^{+2}。

【导读】

近视是以视近清晰，视远模糊为主症的眼病。患者常有眼前黑花飘动，怕光，眼疲劳隐痛，头痛；由于眼轴延长，眼球呈现突出，或有眼底变化，多发生在学龄儿童及青少年时期。中医称为能近怯远症。近视早在《针灸甲乙经》中就有记载，唐《千金方》称"远视不明"。金元时李东垣称本病为"能近视不能远视"以后多数医家称为"能近怯远症"。惟清黄庭镜所著《目经大成》始称为"近视"，与今名同。近视可由禀赋素虚、心肝肾虚的全身因素及久视、过近距离读书、夜读等造成的目筋挛急，目络瘀阻的局部因素造成，二者相互影响为病。历代眼科医家，遵循阳主发越，



阴主收敛的理论,多从"阴盛阳虚"论治本病。若为心阳衰弱,则目中神光不能发越于远处,故看近物尚清,看远物则模糊;若为肝肾两虚,则目失濡养,神气虚弱,以致光华不能及远,仅能视近。

弱视表现为一眼或两眼视力下降,又不能矫正,或矫正视力低于0.8,无完善的双眼视功能及精细的立体视觉,是儿童青少年常见病。弱视患者的眼球没有明显器质性病变,多由眼位偏斜,或在发育期缺乏适当的视觉刺激,或屈光不正,或左右两眼屈光程度差异太大,或先天不足等原因所致。本病属中医"视瞻昏渺"范畴,甚者则为"小儿青盲症",中医认为,"目得血而能视",髓海丰满则目光敏锐;若心肝血亏损,脾气虚弱,肾精不足,则目失濡养,目睛不明而为弱视。

本节所选医案的主治医家认为本病发生应责之于心、肝、脾、肾。治疗时多采用补益心血、健脾养血、滋补肝肾之法。

钟梅泉医案:钟氏认为通过反复实践证明梅花针对轻度近视疗效满意,对近视较深患者,治愈难度稍大,但是也能收到较好疗效。钟氏认为本病常可在颈椎1~2两侧发现结节、条索及压痛,胸椎5~10两侧亦可发现条索及压痛,腰椎两侧可发现泡状软性物。正光穴处可触摸到结节、小条索或肌张力改变,压痛明显。辨证选穴:治疗时对穴位和部位的选择,要从整体出发,辨证施治,可以选用下述方法。①按穴位组治疗,主穴:正光和正光2穴(钟氏的经验穴,正光穴位于上缘外3/4与内1/4交界处,即攒竹穴与鱼腰穴之间的中点,眶上缘的下方;正光2位于眶上缘外1/4与内3/4交界处,即丝竹空穴与鱼腰穴之间的中点,眶上缘的下方)。配穴:风池、内关或神门、大椎、心俞、肝俞、胆俞、肾俞、中脘。②按部位组治疗采取后颈部、眼区、颞部。治疗时在太阳、攒竹、四白、风池穴多叩打几针。酌配胸椎5~10两侧,腰部。手法:对于儿童及初诊或体弱者,开始采用轻刺激,一般多采用中等程度刺激。阳性物及阳性反应区则采用较重刺激手法。钟氏的体会是根据本病发病原因和青少年的生理特点,对本病的治疗必须贯彻防治结合原则,平时要注意用眼卫生和保护视力。如果能坚持做好自我穴位按摩,对保持视力巩固疗效有积极意义。如对正光穴坚持每天按摩2~3次,每次按摩50~100圈。在停诊后6个月至1年时间里,每隔2周或1个月复查治疗1次,有助于巩固和提高疗效。钟氏认为梅花针对儿童弱视也有较好疗效,尤其对斜视性弱视、屈光不正性弱视,收效更快,疗效满意。在患者正光穴处可摸到结节或条索并有压痛,颈椎1~2两侧有条索或结节及压痛,胸椎5~10两侧可摸到条索,腰、骶椎两侧有泡状软性物,三阴交穴处有压痛。治疗弱视需要辨证选穴。第1组:适用于肝肾亏损患者,宜以补肾平肝,强体明目为治。穴选颈椎1~4两侧、胸椎8~10两侧、腰、骶部、正光和正光2、百会、风池、太阳、三阴交、肝俞、肾俞、阳性物处。第2组:适用于心肝阴血不足患者。宜以养血平肝,宁心明目为治。穴选正光和正光2、风池、内关或神门、大椎、心俞、肝俞、胸椎5~10两侧、阳性物处。第3组:适用于脾肾虚弱患者者。宜以健脾补



肾明目为治。穴选胸椎5～12两侧及颈椎1～4两侧、腰部、正光和正光2、风池、内关、百会、脾俞、胃俞、肾俞、中脘、天枢、足三里、阳性物处。第4组:巩固调理期:适用于上述各型病证,经治疗后症状基本消除,或尚存一些余症者,宜进一步巩固调治,以求痊愈。穴选正光和正光2、风池、内关、百会或大椎、中脘、胸椎5～12两侧、腰部。操作时一般采取轻刺激或中等度刺激。在阳性物和阳性反应区采用较重刺激手法。对儿童弱视争于期发现及时治疗,切勿延误治疗时机。3～4岁患儿便可采用梅花针治疗。教育患儿注意用眼卫生,保证充足睡眠时间。纠正偏食,少食甜饮和刺激性的食物。

葛书翰医案:葛氏认为针灸治疗小儿近视效果良好。但在治疗的同时,应做保护视力的训练,以巩固疗效。所选承泣为胃经穴,睛明为膀胱经与胃经之交会穴,承泣透睛明可同时激发胃经与膀胱经之经气,以疏通经脉,使眼区的气血充实,视力增加。配合翳明、风池以通络明目。

第四节　青　　盲

一、张涛清

(一)肝肾阴亏型青盲(视神经萎缩)《张涛清针灸治验选》

马某,女,33岁,干部。患者于1958年始,视力逐渐减退,曾经西医院眼科检查,认为"营养不良",静脉注射葡萄糖3个月,病情有所好转。后因分娩失血过多,视力又明显减退,但尚能做一般工作。1960年春,因孩子患小儿麻痹症,数日不见好转,啼哭忧愁数日,7月13日突发高热,体温42℃,昏迷不省人事,两手抽搐,手指发绀,下肢亦有抽动,急送某医院,经打针输液3d始好转。热退后,双目失明,光感消失,下肢瘫软不灵,医院诊为"重感冒高热引起的视神经萎缩",患者要求中医治疗,故转我院针灸治疗。检查:患者呈慢性病容,消瘦,语无力,呼吸时急时缓,双目呆视,烦躁不安,哭笑无常,舌质红,苔白腻,脉沉细而迟。体温36.9℃,脉搏45次/min,呼吸18次/min,血压110/70mmHg。眼科检查:眼外形无异常,瞳孔对光反射迟钝,调节反射消失,眼底视盘凹陷,呈苍白色,境界清晰,筛板清晰可见。化验:血常规:血红蛋白(血色素)10.8%,红细胞36×10^{12}/L(360万/mm^3),白细胞7.46×10^{9}/L(7 460/mm^3),中性0.69,淋巴0.31。血沉:10.5mm/h。尿常规:浑浊,呈酸性,比重1.020,红细胞1～7个,上皮细胞0～3个,有大量结晶性尿酸盐,血糖107.1mg/100ml,二氧化碳结合力63容积%,非蛋白氮34.62mg/100ml,尿素氮12.3mg/100ml,肌酐2mg/100ml。肝功:黄疸指数6U,凡登白氏试验(一),胆红素定量0.2mg,高田氏反应(一),麝香草酚浊度试验(一),硫酸锌浊度试验8.5U。诊断:癔症,原发性视神经萎缩,辨证为脏躁,青盲,肝肾阴亏证。治疗过



程：入院后分两步治疗。先用针灸与中药甘麦大枣汤治疗脏躁，2个月后患者病情好转，神志清楚，停止服药，继续针灸治疗。视神经萎缩取睛明、太阳、合谷、光明、风池、脑空、肝俞、肾俞为主穴，配合命门、17椎下、环跳、委中、足三里、阳陵泉、血海、梁丘、绝骨、三阴交治下瘫。以上穴位分两组交替配伍，轮流针刺。每次针12～14穴，隔日1次。手法：进针后，施以捻转提插手法，得气后行施补泻手法，刺激量由弱到强，每次留针30min，间隔5min捻转，提插运针1次，以加强刺激量。配合药物遵古人"以肝补肝"之法，取鲜羊肝加潼蒺藜24g，草决明30g。用法：将潼蒺藜和草决明共研为细末，撒在羊肝上，蒸熟后先熏目后吞服，2d服羊肝1个。自9月20日开始取上法针药配合治疗，视力逐渐好转。11月5日能在30cm(1尺)距离处分辨指数，12月中旬可在1m距离内分清指数。次年2月，可以分辨颜色，6月可看清报纸上4号字，但左眼视力仍差。又经4个月治疗，两眼视力恢复正常，视神经萎缩情况完全消失。1962年1月到某医院眼科复查，左眼轻度散光，经配戴眼镜后，两眼矫正视力可达1.0，下肢瘫痪亦逐渐消失，1962年1月27日痊愈出院。经20多年追访，情况一直良好。

(二)肝肾阴虚青盲(视神经萎缩)《张涛清针灸治验选》

徐某，女，25岁，干部。自诉：3年前因突然晕倒，昏迷不省人事，大小便失禁。单位即送西安某医院以结核性脑膜炎治疗，脊髓腔注射链霉素抗结核治疗。苏醒后两下肢瘫痪，麻木不仁，双目失明，不辨人物，不分明暗，睁眼只见眼前一片白雾，闭目时眼前一片红光。住院治疗1年后无明显好转而出院。慕名某军医院来兰州求治，因上盲下瘫，生活不能自理，加之人地两生，辗转几个医院均以无法治疗不予收治。遂于1956年3月19日来我院要求针灸治疗。检查：患者从乳房以下麻木不仁，两下肢瘫痪无用，双目呆视，舌质淡红，苔白腻，脉沉迟。眼科检查：眼外形无异常，瞳孔散大，右瞳孔6mm，左瞳孔4mm，对光反射迟钝，眼底双侧视盘为苍白色，境界清晰，视盘筛板显露，视网膜动脉细。血常规化验：血红蛋白11.6g/dL，红细胞43.4×10^{12}/L(434万/mm^3)，白细胞9.7×10^{9}/L(9 700/mm^3)，中性0.74，淋巴0.26。诊断：单纯性视神经萎缩，辨为青盲，肝肾阴虚证。治疗经过，首先进行辨证。患者病起于突然昏仆，二便失禁，不省人事，是继中风脱证之后因虚而发病。肝开窍于目，受血而能视；肾主骨，精充才能作强。肝肾精血不足，不能上承于目则目昏不明，瞳孔散大，气血不能下濡筋骨则肢痿不用。治当补肾生精，调肝养血，通经活络，上下同治。视神经萎缩取睛明、太阳、合谷、风池、肾俞、肝俞为主治，配合命门、17椎下、环跳、委中、风市、血海、梁丘、足三里、阳陵泉、绝骨、三阴交以治下瘫(针刺方法、配穴、刺激量，留针同例①)。药物服金匮肾气丸(汤)以配合治疗。治疗至4月1日，视力有所好转，4月13日在阳光下10m距离内可认到人影。此后，左眼瞳孔逐渐缩小，视力较右眼为佳。至10月可在5m距离内分清手指，又经1年余治疗后，两眼可看清报纸上4号字，下肢瘫痪好转，能扶单杖行走，1958年4



月14日出院。

(三)肝、脾、肾俱虚型青盲(视神经萎缩)《张涛清针灸治验选》

李某,男,5岁。1973年5月因发热,曾在家乡医院按肺炎住院治疗,病愈出院后,同年7月又突发高热,昏迷不省人事,大、小便失禁,家人即送某地区医院抽脊髓液化验,诊断为结核性脑膜炎住院药物治疗,住院期间昏迷90余天,使用抗结核药物治疗,靠鼻饲牛奶,输液维持生命,苏醒后,双目失明,四肢瘫痪,住院治疗前,经眼科检查,诊断为脑病后遗症(双眼视神经萎缩),医院劝其回家休养。1974年3月经友人介绍,要求针灸治疗。检查:患者呈慢性病容,四肢瘫痪不用,乏力,烦躁不安,舌质红苔白腻,脉沉细而迟。眼科检查:眼外形无异常,瞳孔散大,对光反射迟钝,眼底双侧视盘苍白色,境界清晰,视盘筛板显露,视网膜动脉细,诊断为双目原发性视神经萎缩,辨为肝肾阴亏证。治疗经过:根据病史和症状及体征进行辨证。患儿病起于风毒湿热之邪所致的高热神昏,蕴热既久,气血精津消灼,以致气血失和,经筋失养。盖肝开窍于目,受血而能视,肾主骨,精充而能上注于瞳神,并可作强。脾主四肢,健运则肌充有力,今肝肾之精血不足,不能上承于清窍,故目昏不明。脾失健运,湿浊流注肢体,则四肢瘫痪,肌肉萎缩。证属肝、脾、肾俱虚,治当以健脾利湿,补肾生精,调肝养血为主,兼以疏经活络,盲瘫同治。取穴:针对视神经萎缩取睛明、太阳、风池、合谷、肾俞、肝俞为主穴,配合脾俞、命门、17椎下、环跳、委中、风市、梁丘、足三里、阳陵泉、扶突、曲池等穴治肢瘫。以上穴位分两组,交替配伍,每次针10~12个腧穴,隔日1次,进针得气后行疾徐、提插、捻转补泻手法,不留针,针34次后,左眼能在10m外看见人和物,右眼能辨像人形,两下肢可自主活动,后因长期住朋友家生活不便而回陕西老家,其家属曾多次来信说,患者视力如前,病未复发,能自理生活。

二、钟梅泉

气血两虚,络脉阻滞型青盲(视神经萎缩)《中国梅花针》

徐某,男,12.5岁,学生,1975年4月28日初诊。脸部摔伤后,左眼视力逐渐下降已8个月。采用中西药物治疗,视力稍有恢复,近数月来虽然继续治疗而视力未再进步。左眼前出现暗影,妨碍视力。经北京几个医院眼科检查:左眼底视盘色淡,颞侧苍白,边清,黄斑中心凹光反射可见。右眼底正常。诊断为左眼视神经萎缩。检查:视力右眼1.5,左眼0.7^{-2}。颈椎1及项窝处有条索和压痛,正光穴处有结节及压痛、腰部可摸到泡状软性物。脸色㿠白不华,纳食量少,体瘦。脉细弱,苔薄质淡。证属气血两虚,络脉阻滞,拟以益气补血,活络明目为治。根据病证,选取后颈部,胸椎5~12两侧,腰部,风池,正光和正光2,内关、百会、心俞、脾俞、阳性物处进治,采用梅花针治疗1个疗程(15次)后,眼前暗影较前变淡和缩小,左眼视力增进为0.9^{-1}。继治2个疗程后,左眼视力增加为1.0,眼前暗影颜色继续变淡,范

围很小。停诊观察4个月后复查,视力右眼为1.5,左眼为1.0^{-1},症状平稳。复查眼底:左眼视盘颞侧色淡,黄斑中心凹光反射可见,周围较粗糙,右眼底正常。据证继续采用梅花针治疗1个疗程以巩固调理,视物如常人,无异常现象,胃纳佳,脸色红润。配服中药丸徐徐图治而停诊。随访观察3年8个月疗效巩固。

三、郑魁山

(一)风邪阻络型青盲(视神经萎缩)《郑氏针灸全集》

张某,男,40岁,会计。因视力逐渐减退10年,1958年3月16日初诊。患者10年前视力逐渐减退,1951年在北京市某医院检查诊断为视神经炎。6个月前,因感冒发热后,视力大减,只能勉强看到报纸上的一号大字,但看字呈黄色,且眼易疲乏,看3~4min即出现头痛,眼睁不开而想睡,又去某医院检查,诊断为视神经萎缩,遂来本组治疗。检查:视力右0.3,左0.4;眼底,双视盘颞侧淡黄,边缘清楚,生理凹陷及视网膜血管正常。视野,双侧中心有绝对性暗点约3°。面色黄而不润泽,舌苔白根腻,脉缓尺弱,68次/min,西医诊断为视神经萎缩;中医辨证系风邪久郁,阻塞经络之"视瞻昏渺"。采用祛风活络、活血明目之法治之。取风池,用烧山火法,使热感传到眼底出汗,曲鬓、瞳子髎、攒竹,用平补平泻法,留针20min;并配大椎、肝俞、肾俞,用平补平泻法,不留针。两组穴位交替使用,每日针1次,针治14次,视力恢复至右0.6,左0.5。针治25次时,视力恢复到右0.8,左0.7。治疗至6月15日,针达56次时,症状基本消失。检查:视力右0.9,左0.8。眼底:双视盘大小正常,边缘整齐,右颜色正常,左颜色略浅,血管无特殊。舌质淡,苔薄白,脉弦细,72次/min。即停诊观察。1959年3月26日随访情况良好。

(二)肝肾阴虚型青盲(视神经萎缩)《郑氏针灸全集》

王某,女,32岁,市民。因左眼失明2周,1958年11月3日初诊。患者2周前左眼突然失明,并伴有头痛、腰酸、全身疲乏无力。检查:视力右1.2,左眼前手动。左眼瞳孔对光反射迟钝。眼底:右眼正常,左眼视盘水肿,黄斑正常。舌苔薄白,脉浮稍数,82次/min。西医诊断为左眼视盘水肿、视神经萎缩。中医辨证系肝肾阴虚、精血不能上营于目之"青盲"。采用补肾益肝、养血明目之法治之。取风池,用热补法,使热感传到眼底,肝俞、肾俞,用热补法,不留针,内睛明,用压针缓进法,留针10min;并配球后、攒竹、鱼腰、太阳,用平补平泻法,留针20min。两组穴位交替轮换使用。每日针1次,针治32次后,头痛、腰酸消失,全身有力,亦不疲乏。眼科检查:视力右1.2,左0.1。眼底:左眼视盘水肿消退,颜色稍浅,边缘清楚,动静脉纡曲,黄斑中心凹可见,光反射消失,周边未见异常。诊断为视神经萎缩。又用前法治疗到1959年1月23日,针达66次时,视力:左0.7。眼底:左眼视盘边缘清楚,颜色淡黄,视网膜动脉轻度狭窄,静脉正常。视野:左中心视野生理盲点扩大,2/1 000白,绝对性环状暗点1/1 000白。治疗到1959年2月25日,针达90次时,



左眼视力恢复到1.0,即停诊。同年6月15日随访情况良好。

(三)气血两虚型青盲(球后视神经炎)《郑氏针灸全集》

张某,男,35岁,教员。视物不清已6个月。患病前患者工作特别紧张,白天讲课,晚上看书,5月2日晚上突然两眼辨不清字迹,自想可能是太疲劳,即卧床休息,但第2天症状如故,去同仁医院检查,诊断为“球后视神经炎”,服药效果不显。患者两眼不痛不痒,视力:右眼0.1,左眼0.08。舌苔薄白,脉细。辨证系视物过劳,耗伤气血。气血不能上荣于目,目失所养。采用温通脉络,活血明目之法。针风池用过眼热法,左手拇指押在针穴下方,其他四指排开押在针穴左侧,右手持针沿左手拇指指甲向对侧太阳斜刺,使热感传到眼底,不留针,内睛明用压针缓进法,瞳子髎、球后用平补平泻法,留针20min,每日1次,治疗到10月25日,针达10次时,视力明显好转,右眼0.5,左眼0.5。治疗到11月10日,针达20次时,视力恢复到右0.8,左0.7。改为每周针3次,治疗到12月8日,针达30次时,视力恢复到右1.2,左1.0。停诊观察到1952年1月25日,双眼视力保持在1.0以上。

四、李志明

肝肾两虚型青盲(视神经萎缩)《中国当代针灸名家医案》

姜某,男,40岁,干部,1986年7月3日初诊。主诉:双目失明1个月余。病史:1年前患者自觉双眼视物不清,视野缩小,时而眼睛胀痛。近2个月来视力明显下降,以至双目失明,曾在北京某医院眼科诊断为家族性视神经萎缩。检查:神志清楚,语言流利,双目失明,营养中等。舌淡,苔薄,脉沉细。双眼视盘苍白,边清,视网膜动脉变细。诊断:青盲(视神经萎缩),肝肾两虚型。治疗:补肾养肝,益精明目。取穴:风池(双)、光明(双)、蠡沟(双)、合谷(双)。配穴:睛明(双)、球后(双)、肾俞(双)、肝俞(双)。操作:采用热补手法,先针风池穴务使热感传至眼区,次针光明、蠡沟、合谷基本循经传到眼区。针刺配穴睛明、球后缓慢进针。至1968年11月共针72次,右眼视力恢复到0.6,左眼恢复到0.4,已能正常工作。1978年10月复查,右眼视力0.5,左眼0.4。

五、郑艺钟

肝肾两虚型青盲(视神经萎缩)《中国当代针灸名家医案》

于某,女,39岁,教师,1972年10月1日初诊。主诉:双眼视物昏蒙年余,近2个月日渐加重。病史:缘于1年前无明显诱因双眼视力下降,外观尚好。曾在某医院就诊,确诊为双眼视神经萎缩。药物治疗无卓效,近2个月日渐加重,且伴头痛、五心烦热等症而来我院。检查:神清语明,形体消瘦,舌质色绛少津,苔净,脉细弦而涩。眼科检查:视力右:0.3;左:0.2。双眼外观尚好,双眼视盘色淡,视网膜动静脉血管变细。诊断:青盲(视神经萎缩)。治疗:健脾补肾,生血柔肝。取穴:①组:



足三里、间使、球后。②组：足临泣、外关、攒竹。③组：太冲、合谷、睛明。操作：毫针刺法。以上3组轮流运用，每日1次，10次为1疗程，间休3d，再转入下1疗程。因本病属虚故手法采用捻转提插补法，得气为准，睛明、球后均按常规操作方法进行。经针1次后，头痛即止；5次后视力好转；治疗1个月后进行视力复查：视力右：0.9，左：0.8。但午后略感头痛，视物模糊。宗上之法，又继续治疗1个月，于12月28日经眼科复查：视力右：1.2，左：1.2。患者自觉症状消失，病告痊愈。随访17年，患者安康。

【导读】

青盲是指眼外观端好，而视力渐降，甚至盲无所见的眼病。青盲病名首见于《神农本草经》，青盲作为一个独立疾病源于《诸病源候论》。在历代眼科专著中以《证治准绳》对本病论述最为详细。本病可单眼发病，亦可双眼同发。可单独发病，亦常继发于其他眼病之后。西医的视神经萎缩及某些类型的黄斑变性、视网膜退行性变等归属于本病范畴。青盲属水轮瞳神病变，故历代医家常从肾论治。然而临床所见青盲患者，病由多端，五脏六腑虚损失调、气血不和、内伤情志、外受击扑等皆可致病，亦常常与其他全身性疾病及眼部疾病相关，总以内因致病为多。本病之治疗，要在疏通经络，行气活血，使五脏六腑之精气得以上达眼目，病变后期，此点尤为重要，然亦应据证参变，调理脏腑，标本兼顾。本节所选医案的主治医家均以局部取穴与辨证取穴相结合治疗本病。

张涛清医案：张氏认为视神经萎缩为致盲率较高的一种眼病，至今尚无较满意的疗效。致病原因除肝肾阴亏、心血亏损外，久病虚损、脾阳不振而致精微不化，或先天禀赋不足，脾肾阳虚，或情志郁结，肝失条达，气血郁闭，或头部外伤，或肿瘤压迫，均可导致脉络瘀阻或精津亏虚，目失荣养形成视神经萎缩而失明。张氏认为针刺治疗视神经萎缩是一种有效的方法，机制在于调整脏腑经络功能，帮助萎缩的视神经得以修复。临证选用足太阳经睛明穴清头目，滋水明目。局部太阳穴疏风泻火，醒神明目。风池为手足少阳与阳维之会穴，有调和气血、通络明目的作用。合谷益气养血，调补肝肾；肾俞、肝俞滋养肝肾，平肝潜阳，理气和血。由于疗程较长，患者、医者都要有耐心坚持治疗。张氏所治病例①、②均为肝肾不足，均表现为上盲下瘫，治疗宜上下兼顾。病例③为肝、脾、肾俱虚型青盲，表现为上盲四肢瘫，治疗时补益肝肾，健补脾胃，同时兼顾上下肢。均取得较好疗效。

钟梅泉医案：钟氏认为应用梅花针治疗本病时发现患者多在颈椎1～2两侧及项窝处可摸到条索或压痛，正光穴处有结节及压痛，胸椎5～10两侧可摸到条索或压痛，腰部有泡状软性物，小腿内侧三阴交处有压痛。治疗时钟氏辨证论治。对于肝肾阴虚患者治宜滋肾养肝、明目，穴选后颈部、眼区、胸椎1～10两侧、腰部、正光和正光2、太阳、风池、百会、肝俞、肾俞、三阴交、阳性物处。对于气血两亏患者治宜补气补血明目，穴选后颈部、胸椎5～12两侧、腰部、正光和正光2、风池、内关、大



椎、中脘、心俞、脾俞、肾俞、阳性物处。对于肝气郁结患者治宜疏肝解郁、明目，穴选后颈部、腰部、骶部、胸椎5～10两侧、风池、正光和正光2、太阳、肝俞、胆俞、肾俞、百会、阳性物处。操作时采取轻刺激或中等程度刺激。阳性物及阳性反应区采取较重刺激手法。项窝处可重刺放血，每周1～2次。实践证明梅花针对儿童视神经萎缩疗效较成年人患者收效快，效果好。所治患者12岁，辨证为气血两虚，络脉阻滞，拟以益气补血，活络明目为治。根据病证选取后颈部、胸椎5～12两侧、腰部、风池、正光和正光2、内关、百会、心俞、脾俞、阳性物处采用梅花针治疗取效。

郑魁山医案：所治病例①辨证为风邪阻络型，病例②辨证为肝肾阴虚型，病例③辨证为气血两虚型。但都应用风池穴，采用过眼热法治疗是其特色。操作时左手拇指押在针穴下方，其他四指排开押在针穴左侧，右手持针沿左手拇指指甲向对侧太阳斜刺，使热感传到眼底，不留针。郑氏主张温通经络为主治疗本病，取得良好疗效。

李志明医案：李氏认为在临床同样采用风池穴，针用热补手法治疗视神经萎缩，使热感直达眼区，有疏通经气，益肝明目之功，加胆经络穴光明，肝经络穴蠡沟，更助养肝明目，睛明系足太阳经穴，是手太阳小肠经，足阳明胃经和阴、阳跷脉之会穴，针之有疏风清热，补肾益目之功；球后属局部用穴，清头明目。配肝俞、肾俞以滋补肝肾。诸穴合用，相得益彰，故收此效。李氏认为针刺时，以热感传到眼区疗效最佳。

郑艺钟医案：患者脾肾素虚，精亏血少，肾水不足以涵养肝木，虽然有肝开窍于目，肝受血而能视的理论，但患者的肝血不足源于脾肾素虚，治疗时郑氏依据患者临床表现，结合《兰室秘藏·眼耳鼻门》载有"夫五脏六腑之精气，皆禀受于脾，上贯于目。脾者，诸阴之首也；目者，血脉之宗也。故脾虚则五脏之精气皆失所司，不能归明于目矣"的理论，以健补脾胃，补益气血为法。根据《马丹阳十二穴歌》中概括足三里穴有"年过三旬后，针灸眼便宽"的作用，选足阳明胃经足三里为主治穴，配合眼部睛明与肝经太冲共同起效。

第五节 耳鸣、耳聋

一、陆善仲

(一)肝肾两亏型耳鸣《古今医案医话荟萃》

潘妇产后失调，肝肾两亏，遂患耳鸣症，渐至半头隐痛，颇为焦虑。问治于余，观其形神憔瘦，知为木水失濡使然。乃为试针风池、听会各二穴，并欲处方调补。讵料出针之后，耳鸣倏失，尽欢而去。



(二)肾虚耳聋《古今医案医话荟萃》

庆安小学校仆,名陈良者,病后7个月,患耳聋,虽雷霆巨声不闻也。该校长因之欲停其役。陈颇忧之,盖8口之家,日日仰之生活。果遽失业,被累悉如。陈与余距不远。登门求治。余曰:欲耳复聪,固非难事,只须针灸耳。陈曰:君能之乎?果能治愈,惠我多矣。余乃为针肾俞并灸之,次针灸风池,听会,先泻后补,1次能辩语,3次痊愈。

二、钟梅泉

肝肾不足,耳窍受阻型耳鸣(神经性耳聋)《中国梅花针》

张某,男,40岁,干部,1961年6月24日初诊。患者5个月前感冒发热后,右耳出现如泄气样鸣声,除入睡外整天不息,听力丧失。劳累生气时加剧,且伴有头昏,梦多,神倦乏力,曾在北京某专科医院诊治,经电测器检查,右耳气传导损失90%分贝,诊断为神经性耳聋。服中西药物及针灸治疗均未收效。检查:血压120/70mmHg(16.0/9.33kPa),外耳未见异常,右耳不能听到钟表声。在颈椎3~5两侧,可摸到条索,翳风穴处有压痛,胸椎3~10两侧、腰骶部有结节、条索及泡状软性物。脉细眩,舌苔薄根部腻。证属肝肾不足,耳窍受阻。拟以滋阴补肾、平肝通窍为治。根据病证,选取颈椎3~5两侧、颌下、耳区、腰部、骶部、胸锁乳突肌部、小腿内侧、风池、百会、内关、三阴交、阳性物处进治,采用梅花针治疗4次后,耳鸣减轻,治疗8次后,当思想集中时耳鸣停止达2~3h,听力渐复,距5cm处可听到手表声。经治疗20次后,耳鸣基本不再出现;再治疗10次,全部症状消失,精神好,胃纳佳。经电测器复查,右耳听力完全恢复正常。停诊观察,随访4.5年疗效巩固,未再复发。

三、焦顺发

(一)耳鸣、耳聋(双耳神经性耳聋、耳鸣)《头针》

王某,男,40岁。主因:左耳聋12年余,右耳聋6年。病史:1966年某日晨起后发现左耳鸣,听不真,对面说话,打电话均听不清。1973年上感后右耳又突然听不见表声,对面说话也听不清。先后用中西药物及体针(右听宫、耳门)等治疗无效。近3年来仍无改善,看电视时坐得很近也听不见,1978年9月19日来诊。检查:双耳听不见表声,对面说话听不清,双耳鸣。双侧鼓膜内陷。选区:选双侧晕听区,每日1次。疗效:针5次后可听到表声,打电话时左耳已能听清。针9次后看电视时坐在3m远可听见,对面谈话能听清。

(二)耳聋(右侧神经性耳聋)《头针》

兰某,女,62岁。主因:右耳聋17年。病史:1975年某日在劳动时,突然感觉右耳闷,听力障碍,伴右侧头痛严重。当即在当地用多种方法治疗均无进步,反而



病情逐渐加重，持续1年后右耳全聋。天上雷声和地上汽车鸣的声音都听不见。后来间断用多种方法治疗改善，于1992年10月16日来诊。检查：神志清楚，言语正常，理解力正常。左耳听力正常。右耳听力消失，在右侧（堵住左耳，闭住眼睛）耳后拍手及大声喊也听不见。诊断：突发性右侧耳聋（完全性）。选区：双侧晕听区。每日1次。疗效：首次治疗进针后患者即感右耳似有听力。次日来测听力，在中耳后（堵住左耳，眼睛闭住）拍手已能听到。第2天行第2次治疗，治疗后右侧听力明显好转，用手堵住左耳，闭住眼睛，站在右侧，用普通声音问她的名字，岁数，患者都能听清，并一一做了回答。她激动地说，我的耳朵能听见了！

（三）耳鸣《头针》

范某，女，23岁，农民。主因：双耳鸣月余。病史：1992年9月上旬某日，因失眠后出现耳鸣。耳鸣持续存在，先后用药物治疗无明显改善，1992年10月6日来诊。检查：神志清楚，理解力正常。双耳听力基本正常，但双侧耳鸣。耳鸣的声音似磨面机的声音，持续存在。诊断：双耳鸣。选区：晕听区（双），每日1次。疗效：头针首次治疗后即出现了疗效，第3次治疗后耳鸣消失。间断针刺治疗9次，疗效巩固。

四、杨永璇

下虚上实，清窍失畅型耳聋《杨永璇中医针灸经验选》

吴某，女，56岁。初诊：双耳听力减退已10余年。自诉在童年患伤寒症后，两耳完全失聪，待体力复原，亦随之复聪。每逢疲劳或情绪抑郁，听觉即感减退。近10年来时常耳鸣，鸣声不断，对面谈话，往往不易听清，屡治未见显效。脉滑，苔薄白。经旨以肾开窍于耳，胆脉络于耳。凡本虚失聪，其治在肾，郁气阻窍，其治在胆。今下虚上实，清窍遂失疏畅，宜治少阳。针灸方法：风池、听宫、翳风、宫墙、合谷（均双），用输刺法。2诊：第3天，即间隔1d。听力好转，耳鸣亦减，此法应手，续进。针灸方法：同上。3诊：第5天，即间隔1d。病情稳定。针灸方法：同上方加曲池、足三里（均双），余依上法。4～7诊：连续4次，上方每间隔1d，针治1次。8诊：第15天，即间隔1d。今晨听收音机，已能辨别声响之高低，耳鸣见减，与人谈话，亦能辨别语音。针灸方法：同上。续治25次，均以原方每隔2～3d针治1次，听力逐渐好转，耳聋基本痊愈，耳鸣亦减至极少发作。电听力测验接近正常。嘱其停针，注意饮食起居，以防感冒阻食等情。随访未复发。

五、郑魁山

（一）肾虚型耳聋《郑氏针灸全集》

赵某，男，46岁，工人。10年前出现左侧耳鸣，2年后听力就逐渐丧失了，接着右耳又出现耳鸣耳聋。检查：听不到对面说话声，不能辨别手表声，用手指压按听



宫穴，耳鸣声减弱，舌质淡、苔薄白，脉弦细。证系肾精不足，不能上达。采用补肾益精，疏导少阳，开窍聪耳之法治之。先针听宫、中渚用平补平泻法，使针感分别传入耳内和手指，配百会、翳风、肾俞、照海用补法，留针20min。每日1次，针治3次耳鸣减轻，10次后在电话中能清楚地听到对方讲话的声音，共针治40次，能听清对面说话声和手表声。

(二)风寒上扰、痰湿内停型耳聋(链霉素中毒所致耳聋)《郑氏针灸全集》

付某，男，58岁，工程师。因听力突然减退42d，1983年3月19日初诊。患者1983年1月上旬开始感冒，中旬去西安参加会议，因室内无取暖设备，自觉全身发冷恶寒，感冒加重，注射青、链霉素，下旬返回兰州，在本院医务室继续注射青、链霉素，并口服土霉素。2月5日早晨去华林山参加追悼会，因心情沉重，天气又冷，受凉后一身冷汗，自觉全身酸痛，支持不住，回单位后，鼻塞严重，呼吸困难，下午突然听力减退。2月7日经某医院内科治疗，效果不显。2月12日去陆军某医院五官科就医，经口服土霉素、黄连上清丸、麻黄碱滴鼻，注射大青叶注射液后，舌干口渴异常。17日转入兰州某医院，诊断为神经性耳咽管阻塞，经注射青霉素、输液10d未见好转。3月11日曾用导管疏通右耳咽管，当时通气，但取出导管仍不通气，并且鼻孔流血，病情加重，耳内闷响，听不到任何外界声音，体温下降至34.8～35.6℃(平时36.5～37℃)，于3月19日转来我院，五官科检查：鼻黏膜充血、肿胀、通气不畅，两耳鼓膜内陷，听力减退，两耳气、骨导均减低，双侧重度耳聋。其他检查：胸部摄片，肺纹理较重。心电图、超声波、鼻部摄片、血常规、二便、血小板、生化、肝功等均正常。中医检查：听不到对面说话声音，鼻塞不通，张口呼吸，呼吸音粗，面色红润，舌质淡，苔白腻，脉浮有力，74次/min。中医辨证系风寒上扰，湿浊内停，阻闭少阳，壅遏清窍。采用祛风散寒，利湿疏胆，开窍聪耳之法治之。取合谷、风池，用烧山火法，使热感传到前额而使全身出汗，上迎香点刺，上星、听会，用平补平泻法，留针30min。3月21日第3次按上述方法针后，患者捏住鼻子鼓气时，自觉耳内响了一声，似鼓膜鼓起来的样子，即能听见室内说话。3月23日鼻子通气，听力增加，则减去上迎香、上星，加翳风，手法和留针同前。治疗到4月25日，针达31次时，听力和身体恢复正常，治愈停诊。经同年7月30日，1984年1月20日和1986年10月2日随访复查，情况良好。

【导读】

耳鸣、耳聋是指单耳或双耳出现耳内鸣响、听力减退、甚则失听的耳病，耳鸣、耳聋常伴随出现。西医的主观性耳鸣、感音性聋及伪聋、精神性耳聋等归属于本病范畴。耳鸣、耳聋均由外邪侵袭、肝火上扰、痰火郁结、瘀滞清窍、肾元亏损、脾胃虚弱所致。通过疏风散邪，行气通窍、清肝泻火，开郁通窍、清火化痰，开郁通窍、活血化瘀，通窍开窍、填补肾精，滋阴潜阳、补益脾胃，升阳通窍达到治疗的目的。

本节所选医案的主治医家在治疗本病时多采用经络辨证与脏腑辨证结合的方



法选穴治疗。

陆善仲医案：所治病例①认为按经络辨证，多因少阳经气闭塞所致，故舍脏从经而治。据《百症赋》曰："耳中蝉噪有声，听会堪攻"，选取听会为治疗主穴，祛风聪耳，疏少阳耳部经气；配风池祛风之力益强，风除则鸣止矣。病例②根据聋分虚实治之的理论。患者久病之后，属肾虚，故取肾俞，补肾培元，使肾气充实，上注于耳，配风池、听会通达少阳经气，三穴共用，使耳聋得愈。

钟梅泉医案：钟氏认为梅花针治疗耳鸣、耳聋病程短者疗效较好，对神经性耳聋收效较快。患者在颈椎3～4两侧、胸椎3～10两侧可摸到结节、条索及压痛；腰部有泡状软性物；翳风穴及其周围有压痛，小腿内侧有压痛。所治病例辨证为肝胆郁火，拟清肝泻火，通窍利耳为治。穴选后颈部、耳区、胸椎5～10两侧、骶部、风池、翳风、外关、肝俞、胆俞、三阴交、阳性物处采用梅花针中等刺激，或较重刺激手法；在阳性物处及阳性反应区采取较重刺激手法而愈。

焦顺发医案：焦氏采用头针治疗耳聋，所治病例均为病变影响耳蜗神经产生听力障碍的神经性耳聋，选用双侧晕听区，每日针刺1次，能使听力明显恢复或基本痊愈。焦氏认为耳鸣治疗可选用双侧晕听区针刺，对间断性耳鸣比持续性耳鸣效果好。部分病例，首次治疗即有疗效，经治可使耳鸣消失。

杨永璇医案：杨氏认为耳聋，暴病属实，久病属虚。实者多因肝胆风火上逆，或因客邪侵袭，以致清窍失灵。虚者多属因病元虚，或肾虚精脱，以致气血不足，经气闭塞。参考《灵枢·脉度》"肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣"及巢元方《诸病源候论》"血气不足，则宗脉虚，风邪乘虚，随脉入耳，与气相击，故为耳鸣"，"耳鸣不止，则变成聋"的理论，所治病例乃虚证挟邪，用疏调少阳经气之法而获效。选用风池、听宫、翳风、宫墙、合谷为主，采用"直入直出，深内之骨"的输刺法。宫墙穴在耳窍后尽根处，上下折中点，沿耳窍背进针，针0.8～1寸。杨氏认为治聋之法，贵在辨证施治。若属肾虚精脱，则当补肾益精，取肾俞、太溪；如系客邪气闭，则当疏风泄邪，应取大椎、合谷；如属肝胆风火上逆者，当取外关、侠溪，耳局部的穴位，尤宜选用。

郑魁山医案：所治病例①以听宫、中渚为主穴。听宫为手太阳、手少阳、足少阳之会穴，用金鸡啄米法，使感应传向耳内，并使鼓膜有向外鼓胀的感觉，有通窍聪耳的作用。中渚为三焦经之俞穴，针向腕部斜刺，使针感向指端或上臂放散传导，有活络开聪之功。配合其他穴位取效。病例②诊断为链霉素中毒所致耳聋，较为难治。中医辨证系风寒上扰，湿浊内停，阻闭少阳，壅遏清窍。采用祛风散寒、利湿疏胆、开窍聪耳之法，取合谷、风池，用烧山火法，使热感传到前额而使全身出汗，祛风散寒。上迎香点刺，上星、听会，用平补平泻法，达到利湿疏胆、开窍聪耳，上迎香点刺，上星的应用在于开通鼻窍，当鼻窍开通后可减去，加翳风穴加强通耳窍的作用。



第六节 鼻 渊

一、钟梅泉

肺气不宣，客邪于鼻型鼻渊（慢性单纯性鼻炎）《中国梅花针》

孙某，女，14岁，学生，1971年10月14日初诊。患者自幼常年鼻塞、流涕，遇寒刺激此状加重，易感冒，伴有头晕，鼻塞不通，语声浊重，常张口呼吸，鼻涕甚多，每天须用数条手巾擦拭。曾在北京某医院诊治，诊断为慢性单纯性鼻炎。用中西药物治疗收效不显。就诊时每天仍滴鼻药数次。检查：在颈椎1～4两侧及胸椎3～5两侧可摸到条索并有压痛，颌下有结节，鼻骨和鼻软骨交界处叩诊呈"瘪呆"声音。脉细，苔薄，证属肺气不宣，客邪于鼻。拟以宣肺、清头、通窍为治。根据病证，选取后颈部、鼻部，迎香、印堂、风池、太渊、肺俞、阳性物处进治。采用梅花针治疗1次后，流涕减少，继续治疗3次，头晕好转，已不用药物滴鼻。再继续治疗3次，已不流鼻涕，其他症状消失，既往每逢冬季流涕多，喷嚏频作，现已入冬，但如常人。随后按前法加胸椎3～12两侧治疗巩固调理10次，患者无不适感而停诊。随访观察4个月疗效巩固。

二、焦顺发

鼻渊（上颌窦炎）《头针》

杨某，女，32岁，职员。主因：感冒后前头痛近6个月。病史：1977年春节因感冒后鼻旁抽及前额部痛，摄X线片显示，上颌窦膜粗糙，1978年6月5日来诊。检查：双上颌窦处有压痛。选区：鼻咽口舌区，每日1次。治疗：针16次后前额部痛及鼻旁抽消失，但双上颌窦压痛仍存在。再间断治疗10次，上颌窦压痛消失。

三、于书庄

湿热郁肺型鼻渊（上颌窦炎）《中国当代针灸名家医案》

张某，男，26岁，工人，1989年3月18日初诊。主诉：鼻塞，流浊涕，头痛10余年。病史：10年前因感冒迁延不愈而致，每逢感冒，症状加重。为治此病，服用各种中西药物均未显效。现鼻塞，头痛，流脓涕，嗅觉障碍，饮食、睡眠尚可。检查：神志清楚，思维、反应敏捷，面色正常。摄X线片显示，双侧上颌窦腔密度增高，黏膜增厚，骨壁完整。舌质红，苔薄黄脉沉濡。诊断：鼻渊（上颌窦炎），湿热郁肺型。治疗：清热化湿，宣肺通窍。取穴：攒竹、至阴、风池、曲池、足三里。操作：上穴用捻转补泻手法，每日针刺1次，每次留针30min。针刺2次后头痛明显减轻，5次后头痛痊愈。又继续针刺治疗鼻渊，共25次痊愈，10年之顽疾用针刺予以根治。



四、许式谦

肺热型鼻渊(慢性副鼻窦炎)《中国当代针灸名家医案》

白某,女,40岁,干部,1987年11月4日初诊。主诉:头痛、鼻塞反复发作7年,加重1周。病史:患者7年前感冒后继发副鼻窦炎,以后每年冬季病情加重,鼻塞时只能用口呼吸,鼻甲肿胀,流脓鼻涕,每次发作均需肌注青霉素方能缓解。近1周来鼻塞,头痛,夜间难以入睡,要求试用针灸治疗。检查:一般情况可,鼻甲肥大,鼻旁有轻度压痛,鼻腔后部黏膜增厚。舌质红,苔薄黄,脉象两寸部浮数。诊断:鼻渊(慢性副鼻窦炎),肺热型。治疗:宣肺通窍,清热解毒。取穴:鼻通(双)、迎香(双)、合谷(双)、印堂。操作:平补平泻,留针20min。11月5日针后鼻塞减轻,头未痛,夜间睡眠好转。按上穴上法共治疗10次。当年冬季再未发病。1988年冬季托人带口信说自针后未发病。

五、孙明一

肺热型鼻渊(慢性鼻窦炎)《中国当代针灸名家医案》

刘某,男,20岁,学生,1989年6月22日初诊。主诉:鼻塞、流浊涕多年。病史:患者自幼常患感冒、咳嗽、鼻塞。每次愈后仍鼻窍不利,逐年加重,夜眠常因鼻塞不通而憋醒,睡时鼾声大作,时流腥臭浊涕。嗅觉丧失,头胀痛。经省医院检查诊为"慢性鼻窦炎"。检查:体弱神清,面色晦滞、涕黄时流,张口呼吸,语言重浊。舌质淡红,舌苔薄黄,脉缓,右寸沉弱。诊断:鼻渊(慢性鼻窦炎),肺热型。治则:益肺固表,清热利窍。取穴:肺俞(双)、风门(双)、迎香、合谷、上星、攒竹(双)。操作:肺俞、风门各灸7壮。迎香、合谷先补后泻。上星、攒竹(双)刺入得气各捻动20次,针尖向下留30min。2诊:病情无著变。刺合谷、列缺先补后泻、鼻穿(双)得气捻动20下,针尖向下卧留30min。3诊:鼻塞稍轻,入眠时鼾声较前轻微。仿首次取穴针灸施治。4诊:鼻塞著轻,浊涕减少,嗅觉增强。宗上法轮流取穴,施治22次,鼻窍完全畅通,嗅觉恢复正常,返校学习,临床治愈。

【导读】

鼻渊是以鼻流腥臭浊涕不止,鼻塞,嗅觉丧失伴有头痛、头重等为主症的疾病,重者称之脑漏。西医学的急、慢性鼻窦炎和副鼻窦炎属于本病范畴。鼻为肺之外窍,因此鼻渊的发生,与肺经受邪有关。其急者,每因风寒袭肺,蕴而化热,或感受风热,乃致肺气失宣,客邪上干清窍而致鼻塞流涕。风邪解后,郁热未清,酿为浊液,壅于鼻窍,化为脓涕,迁延而发鼻渊。治疗宜清热宣肺,通利鼻窍。

钟梅泉医案:钟氏认为梅花针治疗鼻渊有较好疗效,鼻渊患者在颈椎1～4两侧、颌下、胸椎3～8两侧可触摸到条索或结节,并有压痛;在鼻骨和鼻软骨交界处,叩诊时声音"痹呆"。对于急性和过敏性鼻炎,在颈椎1～4两侧及胸椎3～5两侧



可摸到条索并有压痛，颌下可摸到结节和压痛，以疏风祛邪，宣肺通窍为治。穴选后颈部、鼻部、迎香、合谷、印堂、风池、肺俞。重点叩打颈椎1～4两侧、鼻部、太渊、阳性物处。慢性鼻炎患者在颈椎1～4两侧及胸椎3～8两侧可摸到条索并有压痛，颌下有结节，在鼻骨和鼻软骨交界处叩诊呈现"痹呆"声音，以宣肺；清头，通窍为治，穴选后颈部、鼻部、胸椎3～12两侧、印堂、风池、太渊、阳性物处。随症加减：①头痛、头晕者加刺太阳、头部；②咽喉痒痛者加刺颌下、气管两侧、合谷；③兼见咳喘、胸闷、痰多者加刺胸部、前后肋间、气管两侧、剑突下、天突、太渊、膻中。

于书庄医案：于氏治疗鼻渊患者200余例，发现头痛是该病的常见症状，治疗中可根据疼痛的部位，分别选取不同的腧穴，痛在两眉间取攒竹、至阴；痛在前额取头维、厉兑；痛在两侧取太阳、瞳子髎、足窍阴；痛在后头取风池、至阴。头痛缓解后，再应用治疗鼻渊之腧穴。所治病例即是因鼻渊而引起以头痛为主症者。故在治疗中，标本兼顾，先治其头痛，是"急则治其标"之义，再治鼻渊，取得较好疗效。

许式谦医案：因风邪犯肺，肺失清肃，肺热上移所致鼻渊。治疗选用位于鼻根部的印堂穴，挟于鼻旁的迎香、鼻通，合谷属于阳明经，其经上挟鼻孔，与迎香相配远近结合，散风热，通鼻窍，主治鼻塞不闻香臭最佳。鼻通穴为经外奇穴，又名上迎香，位于鼻根两侧，眼内眦下0.5寸处，治疗鼻塞有奇效。

孙明一医案：体质素虚，易感外邪，虽现风寒化热鼻渊之证，而苔脉皆见肺虚之象，故治以益肺固表为主，兼以消热痛利鼻窍。灸肺俞以滋阴益肺，风门固表疏风，足三里为足阳明经之土穴，补土以生肺金，三穴以益肺固表为主。合谷、列缺清热利窍止头痛。又根据足太阳膀胱经的循行，起于目内眦，挟鼻根，绕行头巅，经行脊旁背部，下至于足，取近鼻根之攒竹穴及本经原穴在足侧之束骨穴，通利足太阳膀胱经气，以助通鼻窍。局部取迎香、上星、鼻穿三穴开窍疏风。诸穴相配，鼻渊得愈。鼻穿穴位于头面部，从鼻根量至鼻尖之中点，从此中点向两旁划一平线，与面部相交之点。

第七节　牙　　痛

一、陈作霖

(一)阴虚型牙痛《古今针灸医案医话荟萃》

黄某，女，68岁，1979年10月26日初诊。自觉牙龈疼痛已2周余，每在午后及劳累后加重。检查：无龋齿，牙龈无红肿，舌尖红无苔，脉细数。拟为阴虚牙痛，针太溪(双)，3次后疼痛消失。

(二)阳明热结型牙龈肿痛《中国当代针灸名家医案》

袁某，女，38岁，教师，1982年7月22日初诊。主诉：口臭已有10余年。病



史：患者平素经常牙龈肿痛，小便黄赤，大便秘结，睡眠不宁，烦躁易怒。检查：舌红苔黄腻，脉滑数，牙龈红肿，口出臭秽气。诊断：口臭（牙龈肿痛），阳明热结型。治疗：清泄阳明热邪。取穴：二间、内庭、曲池、足三里。操作：毫针泻法。2诊后牙龈肿痛稍有减轻，腑行较前通畅，口臭未减，仍以上方续进。5诊后牙龈肿痛已除，苔腻渐化，腑行畅通，口臭明显好转。并在上方加合谷。8诊诸症均除，口臭基本好转。但在腑行不畅时仍有反复，上方减二间、内庭，针曲池、合谷、足三里以和胃降逆，泄热通腑。继治1个疗程，大便每日1次，口臭已除。

二、钟梅泉

肠胃郁热型牙痛（急性牙槽炎）《中国梅花针》

范某，女，32岁，工人，1990年6月18日初诊。左侧下第2磨牙近4d来疼痛发作。牙龈肿胀，呈阵发性跳痛，夜间为甚，腮颊及唇部发肿，开口不便，口臭流涎，影响饮食，大便干，小便黄，曾服消炎药、止痛片等症状未减。检查：患牙有松动，牙龈红肿，疼痛不能合牙，腮颊稍肿，颌下淋巴结肿痛。诊断为急性牙槽炎。在颈椎4～6两侧及胸椎5～8两侧可摸到条索及压痛，颌下部有结节压痛明显。脉细数，苔黄腻。证属肠胃郁热，上犯于牙，拟以清热消肿，止痛为治。根据病证，选取后颈部、颌下部、胸椎5～8两侧、骶部、风池、合谷、下关、足三里、阳性物处进治。当即采用梅花针治疗后，疼痛大减，间隔20min后再予治疗1次，牙痛基本消失，症状减轻，次日复诊牙痛未复发，腮颊肿明显消退，唯有时患牙隐痛，继治1次，疼痛消失。第3次复诊（即第3天），上述症状消失，精神佳，饮食正常，大便日1次，按原方继续巩固治疗1次而停诊。随访观察5个月牙痛未复发。

三、田从豁

风火型牙痛（急性冠周炎）《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

张某，女，32岁，1997年11月12日初诊。主因：下牙剧烈疼痛，伴有牙龈肿痛1周就诊。1周前周身不适，继之出现牙痛，呈阵发性剧痛，伴牙龈肿痛，形寒身热，舌质红，苔薄白，脉浮数。经口腔科检查确认为“急性冠周炎”，经服甲硝唑、头孢氨苄片、新黄片等药物，效果不显，前来针灸治疗。诊断：中医为牙痛（风火型）；西医为急性冠周炎。治则：疏风泻火。治疗：毫针治疗，取穴：下关、颊车、大椎、合谷、外关，针时用泻法，留针20～30min，大椎三棱针点刺放血。疗效：初诊后，持续止痛时间为24h；3d后，2诊时疼痛复发，但疼痛程度较前减轻，加刺息痛穴，息痛穴针0.8～1.2寸深，针尖向下方斜刺，捻转进针，嘱患者继服消炎药。3诊时疼痛明显减轻。自第2诊针后只发作2次，疼痛程度大减，查牙龈仍肿胀，但无明显压痛。继续上法治疗3次，疼痛症状缓解，牙龈及全身症状已消。

四、于书庄

(一)少阳风火型牙痛《于书庄针灸医集》

冯某,女,32岁。左牙痛1个月,每遇冷热或食酸甜均能引起牙痛发作,发作后牙痛以夜间为甚。初痛时针刺下关、颊车、合谷,或服止痛片均能止痛。后来臼齿跳痛难忍,频含凉水以期减轻疼痛,服止痛片无效。遂去医疗队求诊,余予针合谷、颊车,合谷捻针10min,牙痛并未缓解。检查:经络诊察,肩井、完骨、浮白、天冲、曲鬓均有压痛,尤以浮白、完骨压痛明显。治疗经过:针肩井捻针5～6min,牙痛仅能缓解片刻。继而针浮白、完骨,得气后即留针,牙痛立止。次日午后复诊,自针后一夜未痛,午后又有些疼痛,继针浮白、完骨,牙痛又止。3d后复诊,针后牙痛未作,为了巩固疗效又针上述2穴2次,10d后随访,牙痛未作。

(二)少阳风火型牙痛《于书庄针灸医集》

李某,女,28岁。1年来经常牙痛,遇冷热食或吸凉风均可引起牙痛。昨夜左上磨牙持续性疼痛,牵扯左太阳部亦疼,晨起手扶面颊,痛苦面容来合作医疗就诊。余针下关、合谷、内庭、合谷,捻针后牙痛不减。检查:经络诊察,曲鬓、丝竹空压痛。治疗经过:取曲鬓、丝竹空二穴,针之牙痛立止。

五、郑魁山

阳明积热,久郁化火型牙痛《郑氏针灸全集》

海某,男,32岁,工人。左侧下牙痛3d,口苦口臭,大便干燥,坐卧不安,不能进食,服止痛片未好转。检查:左侧下牙龈红肿,压痛拒按,舌质红、苔黄燥,脉数有力。证系阳明积热,久郁化火,上犯牙龈。采用疏泻阳明,清热止痛之法治之。先针下关、翳风、合谷,配颊车用凉泻法,使凉感分别传到牙龈和手指,留针30min,针后牙痛即止。第2天复诊,牙痛未犯,但牙龈仍红肿,又按上述方法加阿是穴(左侧下牙龈红肿处)点刺出血,第3天症状消失。

【导读】

牙痛是指牙齿因各种原因引起的疼痛而言,为口腔疾患中常见的症状之一,西医学的龋齿、牙髓炎、根尖周围炎和牙本质过敏等属于本病范畴。中医认为手、足阳明经脉分别入下齿、上齿,大肠、胃腑积热,或风邪外袭经络,郁于阳明而化火,火邪循经上炎而发牙痛。肾主骨,齿为骨之余,肾阴不足,虚火上升亦可引起牙痛。亦有多食甘酸之物,口齿不洁,垢秽蚀齿而作痛者。因此,牙痛主要与手足阳明经和肾经有关。辨证:主症为牙齿疼痛。牙痛甚烈,兼有口臭、口渴、便秘、脉洪等症,为阳明火邪;痛甚而龈肿,兼形寒身热,脉浮数等症者,为风火牙痛;隐隐作痛,时作时止,口不臭,脉细或齿浮动者,属肾虚牙痛。

本节所选医案的主治医家均认为牙痛与手足阳明经和肾经有关,治疗时要根



据患者的病情辨证归经，选穴治疗。

陈作霖医案：陈氏认为牙痛之症多属胃经实火，故临床上多取合谷、内庭等穴。所治病例①患者本属阴虚之体，虚火上炎，故午后及劳累后牙痛即发，取太溪以益滋肾阴，肾阴得复，则虚阳不致上扰为病。病例②患者证属阳明热结，火热浊气循经上行，灼伤牙床龈肉而口出臭秽之气，治取手阳明之荥二间，足阳明之荥内庭，以泻阳明积热；又取手足阳明经合穴曲池、足三里以润和肠胃，导滞泻火，为“腑病取合”之意。又据阳明经脉行于面周齿龈，“面口合谷收”之理，加合谷以泄阳明经热，通大肠经气，使经气疏通，浊热得以下行，诸穴相配，使胃火降，腑气通，口臭除。

钟梅泉医案：钟氏认为牙痛多由龋齿、牙髓炎、牙根周炎所引起。梅花针治疗牙痛的效果显著，尤其对风热牙痛收效更佳。在牙痛患者颈椎 3～5 两侧可摸到条索及压痛，颌下部有结节压痛明显，胸椎 5～8 两侧有条索，或在腰部可摸到结节和泡状软性物，根据辨证拟定 3 组治疗选穴。第 1 组穴选后颈部、颌下部、翳风、风池、太阳、合谷、下关、阳性物处；重点叩打颈椎 4～5 两侧和阳性物处，以祛风解热，消肿止痛为治，适用风热上犯者。第 2 组穴选后颈部、颌下部、胸椎 5～8 两侧、骶部、合谷、风池、下关、足三里、阳性物处及阳性反应区，以清热消肿止痛为治，适用于肠胃郁热者。第 3 组穴选后颈部、腰部、骶部、颌下部、小腿内侧、下关、风池、三阴交、合谷、阳性物处。采取较重刺激，阳性物及阳性反应区采取重刺激手法，以滋阴降火，消肿止痛为治，适用于肾阴不足，虚火上炎者。对牙痛症状重者，可间隔 30min 再治疗 1 次，一般能使症状缓解，疼痛停止。

田从豁医案：田氏指出针刺治疗牙痛简单方便，止痛作用快，疗效好，作用时间长，并有加强药物的消炎、消肿等作用。急诊患者常可立即止痛，使患者安定后再作其他处理。对应用止痛药、止痛针无效的患者，针刺往往可以单独奏效，缓解疼痛，或促使止痛药见效，如在发作剧烈时针刺，奏效最速。田氏认为手阳明之脉入下齿，风邪外袭经络，郁于阳明化火，火邪循经上炎，引起牙痛。所治病例取手阳明经之合穴合谷，补虚泻实，疏风泻火；下关、颊车局部取穴；大椎为手足三阳、督脉之会穴，是清热泻火之要穴，加点刺放血，以促邪外出；外关为三焦络穴通于阳维脉，阳维主表，泻之以解表祛风泻火。诸穴合用共奏清热泻火，疏风祛邪之功。息痛穴为经外奇穴，位于翳风穴与天容穴之中点，胸锁乳突肌前缘，有熄风止痛之奇效。

于书庄医案：于氏针对所治牙痛患者的病情，始针合谷、颊车、下关、内庭有效，后针无效，因初痛病在阳明，病程日久，火热之邪由阳明侵入少阳，故取少阳经腧穴曲鬓、丝竹空针之牙痛立止。由此可见，临证时不仅需要辨别虚实寒热，更要辨别病在何经，按经取穴才能达到止疼的目的。

郑魁山医案：患者左侧下齿龈红肿，压痛拒按，辨证为阳明积热，久郁化火，上犯齿龈，乃实火牙痛。取远部手阳明之原穴合谷，祛风通络；取近部下关、翳风、颊车等穴疏通阳明经气血，清热止痛，配用凉泻法和阿是穴点刺出血以行清热泻火止



痛，则络通痛止。

第八节 咽喉肿痛

一、魏稼

(一)风热型咽喉肿痛(急性咽炎)《魏稼针灸经验集》

张某，女，34岁，工人。1991年4月22日初诊。主诉：有慢性咽炎史，现咽痛2d，吞咽时疼痛显著，伴发热微恶风，舌边红，苔薄黄，脉浮数。检查：咽黏膜急性充血，腭弓及悬雍垂充血水肿，咽后壁多个淋巴滤泡及咽侧索红肿且上附有黄白色脓点，可触及颌下肿大之淋巴结，体温38.5℃。诊断为急性咽炎(风热喉痹)，证属风热上犯，咽窍不利。治拟宣泄邪热，消肿利咽法。采取刺营治疗，每日1次。以毫针丛刺咽窍患处6下，微出恶血；以三棱针点刺三商穴，出血约1.5ml；以三棱针点刺耳轮三点，出血约1.5ml。针毕旋即觉缓。2诊：热退，咽痛大减，进食无碍。检查见咽黏膜和淋巴滤泡及咽侧索充血肿胀减轻，舌苔薄黄，脉略浮数，继按前法刺营放血。3诊：诸症悉除，仅觉夜寐略有咽干不适，检查见咽部炎症已消退，嘱其用肉桂末醋调敷涌泉穴，每晚1次，连敷3次，咽喉濡利，病告痊愈。

(二)咽喉肿痛(急性化脓性扁桃体炎)《魏稼针灸经验集》

许某，男，33岁。1991年5月2日初诊。主诉：咽痛3d，吞咽困难，发热，头痛，全身肢节酸楚，舌红，苔薄黄，脉浮数。检查见咽黏膜和腭弓充血肿大(Ⅱ度)，且表面有黄白色膜状脓液，咽后壁2～3个淋巴滤泡充血肿大，体温39.2℃，下颌角可触及肿大之淋巴结。诊断为急性化脓性扁桃体炎(烂乳蛾)。治拟宣泄邪热，消肿利咽法。采取刺营治疗，每日1次。以毫针丛刺两侧扁桃体各5下，微出恶血；以三棱针点刺三商穴，出血约3ml；以三棱针点刺耳轮三点，出血约3ml。针毕顿觉痛减。2诊：咽痛稍减，仍发热，头痛不适。检查见扁桃体红肿稍减，脓液仍存，舌红，脉浮数，继按前法刺营放血。3诊：热退，吞咽时仍有轻度疼痛。检查见扁桃体红肿及脓液大减，舌红嫩，脉细，继按前法刺营放血。4诊：咽痛除，但略有咽干涩不适，饮食无味，舌红嫩，脉细。拟养阴清热法，改用王不留行子贴压肺、肾、神门、咽喉等穴，每日1耳，每穴揉压1min，每日3次，3d1换，贴压6d，咽喉濡利，病告痊愈。

(三)咽喉肿痛(急性扁桃体周围炎)《魏稼针灸经验集》

陈某，女，30岁。1991年4月13日初诊。主诉：咽痛4d，现咽痛局限于一侧，吞咽困难，痛连耳根，饮水从鼻中呛出，口角流涎，发热，舌红，苔黄，脉洪数。检查见咽黏膜充血，左扁桃体红肿(Ⅱ度)，且表面有少许脓点，左舌腭弓及软腭充血、水肿并隆起，扁桃体向前下方移位，触之坚硬无波动感，可触及下颌角肿大之淋巴结，



体温39.5℃。诊断为急性扁桃体周围炎(单蛾风)。治拟宣泄邪热,消肿利咽法。采取刺营治疗,每日1次。以毫针丛刺扁桃体及舌腭弓和软腭10下,微出恶血;以三棱针点刺三商穴,出血约3ml;以三棱针点刺耳轮三点,出血约3ml。针毕顿觉痛减,精神清爽。2诊:咽痛大减,热退,脉细略数,继按前法刺营放血。3诊:咽痛除,仅有咽干不适,检查见扁桃体及周围组织已恢复正常,舌红嫩,脉细,继按前法刺营放血。4诊:仅有轻度咽干不适,舌红嫩,脉细。拟养阴清热法,改用王不留行子贴压肺、肾、神门、咽喉等穴,每次1耳,每穴揉压1min,每日3次,贴压3d,咽喉濡利,病告痊愈。

(四)风热型咽喉肿痛(急性充血性扁桃体炎)《魏稼针灸经验集》

龚某,女,47岁。1991年5月29日初诊。主诉:经常咽痛,近4d咽痛甚,吞咽困难,口渴咽干,伴发热,不恶寒,头略痛,舌红,苔薄黄,脉浮数。检查见两侧腭弓和咽黏膜充血,扁桃体肿大(Ⅰ度),悬雍垂轻度水肿,可触及颌下肿大之淋巴结,体温38.2℃。诊断为急性充血性扁桃体炎(风热乳蛾)。治拟宣泄邪热,消肿利咽法。采取刺营治疗,每日1次。以毫针丛刺两侧扁桃体各5下,微出恶血;以三棱针点刺三商穴,出血约2ml;以三棱针点刺耳轮三点,出血约3ml。针毕顿觉痛减。2诊:咽痛除,检查见扁桃体及咽部恢复正常,病告痊愈,仍按前法刺营放血,以善其后。

(五)木火刑金,喉窍受损型咽喉肿痛(急性创伤性喉炎)《魏稼针灸经验集》

陈某,女,43岁。1993年10月11日初诊。主诉:10d前生气大声用嗓后,出现声音嘶哑、咽喉紧束、干咳等不适,伴有心烦不宁,胸胁闷痛,口干苦,舌红,苔薄黄,脉弦。检查见双侧声带充血明显,边缘肿胀,其上附有黏性分泌物,声门闭合不全。诊断为急性创伤性喉炎,属急性声带炎症,中医诊为急喉喑,属木火刑金,喉窍受损型。治拟宣泄热毒,散瘀通络,利喉开喑法。采取刺营治疗,以三棱针点刺三商穴,出血约2ml;以三棱针点刺耳轮三点,出血约2ml。针毕顿觉喉部松畅。翌晨起,声音已出,嗓音较亮,按前法刺营放血再行1次。第3天,声音恢复,诸症悉除,病告痊愈。

(六)咽喉肿痛(溃疡膜性咽峡炎)《魏稼针灸经验集》

张某,男,22岁,学生。1991年6月2日初诊。主诉:右侧咽痛4d,吞咽痛甚,并可连及同侧耳痛。发热,不恶寒,口干渴,自觉吐痰有金属味,舌红,苔黄,脉数。检查见右侧扁桃体充血肿大(Ⅱ度),其上有小块状溃疡且表面附有少许假膜,可触及颌下肿大之淋巴结,体温37.5℃。诊断为溃疡膜性咽峡炎(烂乳蛾)。治拟宣泄邪热,消肿利咽法。采取刺营治疗,每日1次。以毫针丛刺右侧扁桃体5下,微出恶血;以三棱针点刺三商穴,出血约2ml;以三棱针点刺耳轮三点,出血约2ml。针毕顿觉痛减。2诊:仍发热,咽痛减,进食仍有轻度疼痛不适。检查见扁桃体上假膜减少,舌红,脉数。仍按前法刺营放血。3诊:热退,但进食仍有轻微疼痛不适。



检查见扁桃体上假膜已退，溃疡表面缩小，扁桃体红肿大减（Ⅰ度），舌红嫩，脉细。继按前法刺营放血。4诊：诸症悉除，检查见扁桃体恢复正常，病告痊愈。拟养阴清热法，采取王不留行子贴压肺、肾、神门、扁桃体等穴，每次1耳，每穴揉压1min，每日3次，以善其后。贴压3d，咽喉无恙而终止治疗。

（七）热毒壅盛，咽窍不利型咽喉肿痛（急性扁桃体炎）《魏稼针灸经验集》

王某，男，21岁，民工。患急性扁桃体炎3d。现咽喉肿痛，吞咽痛甚，不敢饮食，伴发热头痛，口干渴，大便略干结，舌红，苔薄黄，脉数。检查见两侧扁桃体肿大（Ⅲ度），表面充血，陷窝内有脓液溢出，可触及颌下肿大之淋巴结，体温40.2℃。诊断为急性化脓性扁桃体炎（烂乳蛾），证属热毒壅盛，咽窍不利。治拟宣泄邪热，消肿利咽法。采取角孙、内关穴艾炷直接灸法。每次5壮，日2次。次日症大减，扁桃体缩小（Ⅰ度），充血改善，脓液已除，继用前法，第3天复诊，症状消失，病告痊愈。

（八）咽喉肿痛（扁桃体周围炎）《魏稼针灸经验集》

赵某，男，28岁。咽喉痛已4d，右侧尤甚，痛连耳根，吞咽、发音困难，自感咽喉部如有火燎，仅能进食流质，有时则从鼻腔喷出，口角流涎。体温39.1℃。检查：咽喉黏膜充血，左扁桃体红肿Ⅱ度，表面有少许脓黄点，肿向前下方移位，触之坚硬无波动感，左舌腭弓充血、水肿隆起，下颌角有肿大淋巴结，口干，舌红，脉数。诊为左扁桃体周围炎（单蛾风）。乃热毒上壅之证，宜清泄热毒。用“透天凉”手法泻之，取尺泽、少商、天突、廉泉、合谷等穴，治3次，虽其中廉泉穴确也出现凉感，但诸症有增无减，乃于上穴改用“凤凰展翅”法。用右手大指、食指捻针头，大指向后、食指向前转针，如飞腾之状，一捻一放。持续行针约20min，针后即感痛大减，进食如常。复诊热已退，续治疗5次而愈。“透天凉”法治火热诸症本来疗效尚可，然而此例失效，提示并非万能。魏氏用“凤凰展翅”法，刺激强度大，乃向一方捻转。刺激强度大，是其独特之处，古书未载。

（九）虚火型咽喉肿痛（慢性咽炎）《魏稼针灸经验集》

宁某，男，49岁，教师，1991年5月9日初诊。患咽喉干痛6年，每夜间干甚，饮水则舒，伴腰膝酸软，耳鸣，夜寐梦多，舌质红嫩，少苔，脉细。检查见咽峡呈弥漫性充血，咽后壁多个淋巴滤泡肥大。诊断为慢性咽炎（虚火喉痹）。治拟引火归源法，用肉桂末醋调敷贴涌泉穴3个疗程而痊愈。

二、杨永璇

咽喉肿痛（急性咽喉炎）《杨永璇中医针灸经验选》

谌某，女，21岁。初诊：急性咽喉炎3d，经西药治疗，稍见好转。昨起突然发音嘶哑，咽痛转甚，痰色黄而稠，气室不畅。舌苔薄燥，脉细数。此为外邪所感，气火上腾，肺津为痰热所耗，壮年不为大害。先用清热豁痰，宣解肺邪。针灸方法：取天



突、内关(双)、合谷(双)(均泻法)、太溪(双)(补法)用捻旋补泻法,天突不留针,其余留针10min。2诊:第2天,即连续次日。用清热豁痰法,咽痛已减。针灸方法:同上。3~4诊:连续2次,上方每日针治1次。5诊:第5天,即连续次日。病情已缓,音清痛消,略有喉痒,余痰留着未清,肺络未和,原方加廉泉以顺气通窍。针灸方法:同上方加廉泉(泻法)不留针。余依上方。针治后,诸恙悉平,饮食如常,症已痊愈,即停针。

三、张涛清

(一)风热型咽喉肿痛(急性扁桃体炎)《张涛清针灸治验选》

李某,女,23岁,干部。因发冷发热2d,咽部灼热疼痛,吞咽困难,头痛,全身四肢关节痛,口渴,大便秘结,小便黄赤。检查:体温39℃,咽部明显充血红肿,扁桃体肿大,表面渗出脓性分泌物,舌质红,苔薄黄,脉浮数。辨为风热型乳蛾证,治宜疏风清肺利咽。取穴;少商、商阳、天容、尺泽、合谷、陶道。操作如前述,治疗1h后开始体温逐渐下降并恢复正常,咽痛消失。第2天复针1次,诸症消失而病愈。

(二)实热型咽喉肿痛(急性扁桃体炎)《张涛清针灸治验选》

张某,男,10岁,学生。因感冒发高热,头痛、嗓子痛,吞咽困难。经本院检查,诊断为急性扁桃体炎。用青霉素、中药治疗1周,病情未见好转,出现呼吸困难,口唇发青,求针灸治疗。检查:双侧扁桃体充血红肿,左右乳蛾几乎相连接,表面布满脓点,苔黄燥,脉洪数。辨为实热证,乳蛾连珠,治宜清热泻火、化痰利咽。取穴:如前述去陶道加内庭。先排脓血后针刺腧穴,令患者先吸一口气,闭气张口,用喉三棱针点刺双侧扁桃体,患者即吐出脓血。吐后,肿大之扁桃体肿胀缩小约1/2以上,呼吸通畅。随之如上法取穴针刺,隔日再针1次,悉证消失病愈。

(三)虚热型咽喉肿痛(急性扁桃体炎)《张涛清针灸治验选》

杨某,男,21岁,演员。自幼常患咽痛,从事演员工作之后,扁桃体经常发炎,影响歌唱,近来因劳累病复发,咽部疼痛,吞咽困难,咳嗽,音哑、口干舌燥,手足心热。检查:扁桃体红肿,咽喉充血,痛苦面容,舌质红无苔,脉细数。辨为虚热证,治宜养阴清热,消痰止咳。取穴:如前,加照海。操作如上法,针刺3次病愈。后复发2次,亦如上法治疗,后追访数年,再未复发,疗效巩固。

四、郑魁山

(一)风热外侵、肺胃积热型咽喉肿痛(急性扁桃体炎)《郑氏针灸全集》

钟某,男,42岁,干部。因嗓子痛2d,1957年12月14日初诊。患者3d前感冒发热,身热恶寒,逐渐发觉嗓子疼痛,咽东西困难。检查:体温38.9℃,脉搏88次/min,身体稍虚弱,面色尚润泽,左侧扁桃体显著肿大、红赤,并有多数散在之白点。化验:白细胞10.5×10^9/L。西医诊断为急性扁桃体炎。舌苔薄白,舌质红,脉数



有力。中医辨证系风热外侵、肺胃积热。采用祛风泻热、养阴生津之法治之。取少商，点刺出血，合谷，用凉泻法，使麻或凉的感觉传到手指。翳风，用泻法，使麻或凉的感觉传到颊部或口腔，不留针，针后20min，患者即感疼痛有所减轻。12月15日复诊，自述嗓子疼痛减轻，咽东西已不感疼痛，左侧扁桃体已缩小，其上面之白点已全部消失。治疗至12月16日，针达3次时，经检查，原肿大之扁桃体已恢复正常，白细胞降至7.15×10^9/L。治愈停诊。

(二)外感风邪、肺胃积热型咽喉肿痛(急性扁桃体炎)《郑氏针灸全集》

张某，男，40岁，职工。因嗓子痛2天，1970年3月4日初诊。患者前天开始发冷、发热，经城关医院给APC未见效果，昨日又觉头痛、嗓子痛，咽唾沫亦痛，全身乏力。检查：体温39℃，咽部红，两侧扁桃体肿大(Ⅱ度)、充血，表面有脓苔附着，颌下淋巴结肿大如栗子大小，化验：白细胞16×10^9/L，中性0.87，淋巴0.13，舌红，苔黄，脉浮数，90次/min。西医诊断为急性扁桃体炎；中医辨证系外感风邪、肺胃积热。采用疏风解热、消肿止痛之法治之。取风池、大椎、颊车、合谷，用凉泻法，商阳、少商点刺出血。针治1次，头和嗓子痛减轻，能咽食物，体温降至38℃。每日1次，治疗至3月7日，针达4次时，症状完全消失，检查恢复正常，治愈停诊。1970年5月20日随访，未再复发。

五、钟梅泉

(一)风热侵咽型咽喉肿痛(咽炎)《中国梅花针》

陈某，男，34岁，干部，1988年6月21日初诊。10d前因疲劳后感冒发热，随后嗓子疼痛，咽干，发痒，声音嘶哑，咳嗽痰粘。曾在某医院诊断为急性咽炎。服中、西药物、喷雾及耳针均未收效。纳谷不香，大便干，小便黄。检查：咽黏膜充血明显，扁桃体轻度水肿并充血，咽后壁淋巴滤泡充血隆起。在颈椎4～7两侧有条索及压痛，颌下部有结节压痛明显。脉细数，苔薄黄。证属风热侵咽，拟以疏风清热，利咽开音为治。根据病证，选取后颈部、颌下部、气管两侧、廉泉、合谷、太渊、曲池，阳性物处进治。采用梅花针治疗后，咽喉痛、音哑减轻，咽部充血好转。继治两次咽喉已不痛，扁桃体不水肿，声音不嘶哑。共治疗5次，症状消失，咽黏膜亦无充血而愈。为巩固疗效，按前法继续巩固治疗3次，无不适感而停诊。随访观察4个月未见复发，疗效巩固。

(二)风热结喉型咽喉肿痛(急性扁桃体炎)《中国梅花针》

尹某，女，16岁，学生，1965年5月21日初诊。6d前感冒，发热，头痛，2d来咽干，嗓子痛，吞唾液亦痛。服土霉素2天症状未减，纳谷欠佳。大便干，小便黄。检查：体温38.5℃，双侧扁桃体红肿Ⅱ度。诊断为急性扁桃体炎。颈椎3～7两侧有条索及压痛，颌下有结节及压痛明显。脉细数，舌苔薄黄。证属风热结喉。拟以疏风清热、解毒消肿为治。根据病证，选取后颈部，颌下部，耳垂下方(以翳风穴为主)，



合谷、少商、大椎、阳性物处进治。采用梅花针治疗1次后，体温降为36.8℃，扁桃体红肿减轻，嗓子不痛，继续治疗1次，症状全消，精神好，扁桃体已不红肿而愈。

六、刘保延

咽喉肿痛（慢性扁桃体炎急性发作）《火针》

马某，男，13岁。患儿反复发作扁桃体炎，而求治于余。其家属述，患儿自幼时有扁桃体炎，反复发作，每年需住院几次，病重时则有神昏、抽搐。本次来诊缘于感冒而起，发热，体温达38.1℃，吞咽困难。咳嗽，吐黄痰。检查：扁桃体充血，肿大(Ⅱ度)，以右侧为重，上面有少许分泌物。舌质红，苔薄黄微腻，脉滑数。诊断为慢性扁桃体炎急性发作。治疗先用三棱针点刺少商出血，患儿当即咽痛减轻。然后用压舌板压下患儿舌根，充分暴露扁桃体，用粗火针速刺左右各3针，针后出恶血少许。又嘱患儿家属回家用吴茱萸研末醋调成膏贴双侧涌泉穴，内服清热解毒之中药。共治3次而愈。后让患儿贴山茱萸膏月余，自此6个月余扁桃体炎未发作。

七、王秀珍

（一）咽喉肿痛（急性扁桃体炎）《刺血疗法》

王某，男，35岁，工人。患者嗓子痛、发热3d。既往有扁桃体炎史。自1966年发病以来，每年均急性发作2～3次，发热、嗓子痛，重则滴水不能进，轻则只能进流质饮食。抗生素治疗未能根治。1975年6月16日来到刺血科治疗。检查：体温38.5℃，咽红，两侧扁桃体肿大（Ⅱ度），表面有脓性分泌物，悬雍垂亦充血水肿，颌下淋巴结可触及。实验室检查：白细胞：14×10^9/L(14 000/mm^3)，中性0.80，淋巴0.20。诊断：急性扁桃体炎。治疗：取穴太阳，针刺出血后，即感嗓子痛减轻。6月18日2诊，体温降至正常，嗓子痛轻微，血象恢复正常。刺血治疗2次痊愈。随访观察9年，未复发，得到根治。

（二）咽喉肿痛（急性扁桃体炎）《刺血疗法》

朱某，男，9岁，学生。患儿5岁发生急性扁桃体炎。每于感寒受凉即出现咽部痛、发热、不能进食。累经抗菌消炎治疗总不能根治。2d来咽痛，吞咽不畅，全身酸痛，体温38.6℃，两侧扁桃体肿大。于1980年2月10日来刺血科治疗。实验室检查：白细胞16×10^9/L(16 000/mm^3)，中性0.8，淋巴0.2。诊断：急性扁桃体炎。治疗经过：刺血太阳后，身热渐退，咽痛消除，吞咽通畅。2周后又刺血一次病愈。随访观察5年未发病，得到根治。

八、杨介宾

风热外袭型咽喉肿痛（急性扁桃体炎）《中国当代针灸名家医案》

周某，女，20岁，农民，1957年7月4日初诊。主诉：咽喉疼痛4d。病史：患者



咽喉疼痛，发冷发热，头昏重痛，身倦不食，吞咽困难，涎液长流，语言障碍，小便黄。检查：痛苦面容，体温 38.4℃，两侧乳蛾红肿如桃。舌苔黄厚，脉象浮数。诊断：乳蛾（急性扁桃体炎），风热外袭型。治疗：消热泻火，疏风消肿。取穴：少商、合谷、翳风、风池、天容。操作：毫针泻法，三棱针点刺出血。上述各穴针刺重泻，留针 20min，三棱针点刺少商、乳蛾局部。针后疼痛大减，神情顿时清爽。7 月 5 日复诊：自述昨日针后回家，病好大半。现在吞咽自如，能进食物，只有点怕冷，精神欠佳，咽喉部仍有轻微疼痛。又行针 1 次，并加风府、太渊、合谷、足三里。4d 后随访，病已痊愈。

【导读】

咽喉肿痛指咽喉部红肿疼痛的症状，又称为“喉痹”、“乳蛾”等。西医的急性咽炎、溃疡膜性咽峡炎、急性充血性扁桃体炎、急性化脓性扁桃体炎、扁桃体周围炎等急性炎症可归属于本病范畴。咽喉肿痛病因病机有外感风热、肺胃热毒和虚火上炎等，治疗应以清热散风、解毒利咽、滋阴降火为主。

本节所选医案的主治医家采用刺血、毫针、皮肤针等方法治疗咽喉肿痛，个人经验，值得借鉴。

魏稼医案：魏氏认为，咽喉位居头面部的五官七窍乃经络汇集之处，下通脏腑，是机体内外交流的窍道。如《灵枢·邪气脏腑病形》所说：“十二经脉三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍”。若有怫郁，脏腑失和，气血失调，经络不通，邪毒结聚，可致五官七窍阻闭，而发生耳聋不闻、目障不视、鼻窒不嗅、喉痹不仁等病证。咽科急性炎症，属中医“喉痹”范畴，多因风热火毒上扰，壅闭咽窍，致使气血阻滞，经络闭阻而为病。《尤氏喉科秘书》指出：“喉痹，属痰、属风、属热，皆因郁火而兼热毒，肿甚不仁，乃咽喉重症。喉痹者，总名也”。魏氏在随师学习和受古代医家刺营放血治咽喉急症思想影响基础上，创立综合刺营放血（丛刺患部、点刺三商和点刺耳轮三点）疗法，治疗扁桃体周围脓肿、急性充血性扁桃体炎、急性化脓性扁桃体炎、急性咽炎、溃疡膜性咽峡炎、急性创伤性喉炎等 6 种咽喉急症，多有效验。正如《儒门事亲》“大抵治喉痹用针出血最为上策”，《医学入门》“咽疮忌汗最不误人，惟砭针出血，即汗之之义也。血出，多可愈”所说。丛刺患部操作时医者嘱患者张口，用压舌板压定舌头，暴露口咽腔后，持 5 寸长毫针对准咽窍红肿患部，用丛刺法轻浅刺 5～10 下（即在患部作比较集中的点状丛刺），直刺 0.1 寸微出血即可。若为腭扁桃体的病变则两侧皆刺。三商为奇穴，位于拇指指甲根部，其桡侧缘为少商，尺侧缘为老商，之间为中商，合称三商，点刺三商放血操作时，医者先从患者一侧上臂往下沿腕捋至拇指末端，往返十数下，使拇指局部充盈血液。然后，左手握紧拇指根部，右手持三棱针用点刺法快速斜刺 0.2 寸，急入急出，有似电闪，约出血 2ml 即可，按同法刺另一拇指穴位。点刺耳轮三点放血操作时，医者用手揉摩患者一侧耳轮约 5min，使局部充盈血液，然后，左手捏紧耳轮相应部位，右手持三棱针用点



刺法快速直刺 0.2 寸，三点皆急入急出，有似电闪，约出血 2 毫升即可。按同法刺另一耳轮三点。正如《外科发挥》所言，治喉痹以"刺患处，出血最效，否则不救。针少商二穴亦可，不若刺患处之为神速耳"。此外，肺受邪热，壅闭咽窍，又须遵《黄帝内经》"火郁发之"之旨，宜刺三商以宣泄肺热，此为"出血者，乃发汗之一端也"。手太阴肺经终于拇指，刺拇指处的三商 3 穴较刺少商穴 1 穴的宣泄热毒之力更强。耳轮三点为咽喉病的反应点和治疗点，且有着良好的抗炎退热作用，刺之能促进咽部急性炎症的迅速消退。现代针刺实验研究可以证明魏氏刺营治疗咽部急性炎症的疗效。魏氏采取的患部丛刺配合三商穴及耳轮三点的综合刺营法，三部配合，相得益彰，增强宣泄热毒、消肿开闭的作用，具有良好的抗炎退热作用，较单一部位的刺营疗法取效更捷，疗效尤著。不仅发掘了传统咽科针法，而且为针灸医学治疗急症开辟了捷径。魏氏指出操作时若不慎误伤动脉出血，应冷静沉着，迅速用消毒棉球在局部加压止血；若刺后局部发生血肿，可用手挤压局部促使瘀血排出，或用火罐吸拔，仍难消退者，1d 后可用热敷法促使消散。所治病例①，②，③，④，⑤，⑥均采用刺营疗法取效。魏氏还采用灸法治疗咽喉肿痛，是热病可灸理论的实践。对于畏针不愿接受刺营放血治疗的患者，以灸法治疗，也有效验。操作时取约黄豆大艾炷置角孙、内关穴上，点燃艾炷，用口吹之，使火速燃，但不燃至皮肉即速去之，力促而短，此为泻法，起消散作用，随后更换艾炷操作如前，每次灸 3～5 壮，每日 2 次，一般 2～3d 可痊愈。魏氏认为，灸法可以热引热，引郁热外发，使壅结的热毒随火而出，肿痛自消。热证可灸，似与"寒者热之"的治疗原则矛盾，但是根据《圣济总录》"肿内热气被火夺之，随而出也"，《医学入门》"热者灸之，引郁热之气外发，火就燥之义也"。《丹溪心法》"火病虚脱，本是阴虚，用灸丹田，所以补阳，阳生则阴长也"，《理瀹骈文》"一则得热则行；一则以热引热，使热外出"等所言，并非不可理解。病例⑦即是采用灸法治愈。病例⑧针刺采用"凤凰展翅"法，操作时以右手大食两指夹针柄，快速进针后，以大指向后，食指向前，向一个方向大幅度（约数百度）捻转 3～7 次，至不能转动为止，针感以患者能耐受为度，每次捻后五指张开离针柄，一捻一放，如展翅飞腾之状。用治急病实证或针感迟钝的咽喉肿痛患者而取效。魏氏针对阴虚型的咽喉肿痛患者采用肉桂末醋调敷贴涌泉穴夜贴晨除的方法，病例⑨获得显著疗效。因涌泉为足少阴肾经井穴，为肾水源头，用醋调肉桂末敷之，取"热因热用"之意，达到以热引热，导热下行，归潜于肾水，使之无游离之害。且挖井得水，肾津上潮，咽部得濡润，则虚火喉痹可愈。

杨永璇医案：取天突以宣肺豁痰，内关以宽胸理气，合谷以解表泄热，太溪用补法，有清音利咽作用，经治获愈。另有经验效穴"利咽"，位于手阳明大肠经的天鼎穴外旁 8 分处，进针 0.5～1 寸。主治急性扁桃体炎、喉咙痛、发音嘶哑等症。用平补平泻法，多数患者，于针治后约 1h，疼痛明显减轻，5～6h 即愈。此穴有通利咽喉的功效，故名"利咽"。



张涛清医案：张氏认为急性扁桃体炎，针灸止痛快，体温及白细胞也能降至正常。急性扁桃体炎治愈不彻底，可能反复发作变为慢性，并可引发其他疾病。张氏的经验处方是以少商、商阳、天容、尺泽、合谷为主穴，风热证加陶道；实热证加内庭；虚热证加照海。操作时少商、商阳用三棱针点刺出血。尺泽先针刺，捻转提插得气后施以泻法，出针时摇大针孔，令其出血。合谷针刺得气亦施以泻法，针刺天容穴，先令患者均匀呼吸后，长吸气一口，随之张口闭气，针尖方向朝扁桃体后方，使针感向整个咽部扩散，不留针（针刺时，令患者一定闭气，不能有吞咽动作出现，防止刺伤咽部）。若扁桃体已化脓，可在其体上用喉针点刺出血。少商系手太阴肺经井穴，商阳为手阳明大肠经井穴，二穴点刺出血，可疏风泄热、解毒清咽，为治本病的主穴。尺泽是手太阴的合穴，取实则泻其子之意。合谷为手阳明经原穴，疏风解表、清咽利膈。天容为小肠经穴，清热解毒，疏通经气，活血化瘀，逐痰通闭，清神宁志。

钟梅泉医案：钟氏指出梅花针治疗咽喉肿痛效果较好，每日可治疗 2～3 次，症状好转后改为每日 1 次。可使症状明显减轻。咽喉肿痛患者常在颈椎 4～7 两侧可摸到条索及压痛，颌下可摸到结节压痛明显，胸椎 3～12 两侧可触摸到条索及压痛。对于风热结喉患者选穴以后颈部、颌下、耳垂下方（以翳风穴为主）、合谷、太渊、少商、大椎、曲池、阳性物处为主。对于肺胃郁热患者选穴以后颈部、颌下部、耳垂下方、胸椎 3～12 两侧、天柱、大椎、太渊、合谷、少商、阳性物处为主。对于肺阴不足患者选穴以颌下部、后颈部、胸椎 3～8 两侧、翳风、太渊、合谷、肺俞、足三里、少商、阳性物处为主。发热高者加刺肘窝、大、小鱼际，骶部；咳嗽甚者加刺气管两侧、太渊；大便干结者加刺骶部、下腹部、腰部、小腿内侧；一般采取中度或轻度刺激，阳性反应区和阳性物采用重刺激手法。

刘保延医案：刘氏认为扁桃体是人体免疫系统之组成，也是人体防御外邪的第一门户，因此对于扁桃体炎不主张手术治疗，建议应用火针疗法，可使人体免失防护屏障。在本病急性期配合少商放血则有立竿见影之效。而对慢性扁桃体炎，常用山茱萸研末醋调成膏，外敷涌泉，有防治作用，甚至可根除宿疾。

王秀珍医案：扁桃体炎是咽部淋巴组织的急性感染。其病理变化为扁桃体的显著充血，其表面或隐窝充满黄白色渗出液，过度肿大的扁桃体影响呼吸和吞咽机能。王氏认为取太阳穴刺血治疗本病，可通过活血化瘀消除扁桃体的充血、水肿等炎症表现。

杨介宾医案：杨氏指出乳蛾系由肺胃积热，复感风热之邪，循经上熏咽喉所致，病属实证。实则泻之，治以疏风清热，清肺泄胃，除烦消肿。故取少商、合谷泻太阴与阳明风热而利咽喉，翳风、风池泻少阳之木火；天容泻太阳之热而清咽；乳蛾点刺出血以泻瘀热；风府、太渊解表清肺；足三里调脾胃而扶正气，其病即愈。



第九节 失 音

一、魏 稼

肺肾阴虚，喉嗓失濡型失音（声带小结）《魏稼针灸经验集》

黄某，女，35岁，工人，1991年4月7日初诊。患者声音嘶哑已1.5年。近4个月声音嘶哑更甚，有时失音，伴咽喉干痛，紧束不适，干咳，痰少黄黏难出，夜寐口干欲饮，少饮则舒，午后颧红，腰膝酸软，舌红，苔少，脉细略数。检查见声带淡红，边缘轻度肥厚，前中1/3处有对称性小结（双侧声带），约针帽大，色白，声带上附少许黏稠分泌物，声门闭合不全。诊断为声带小结（慢性失音）。证属肺肾阴虚，喉嗓失濡，治拟清热降火，化痰散结，以耳穴贴压疗法施治。贴压肺、肾、咽喉、声带、神门等穴，每次一耳。嘱每次每穴按压1min，以微痛为度，每日3次，5d换贴另一耳，每换贴4次为1个疗程。换贴2次后，声嘶改善，咽喉干痛消失。检查见声带肥厚消除，声带上无黏液附着。继续耳穴贴压1次，以善其后。6个月后随访无复发。

二、杨永璇

（一）风热痰涎，壅塞肺窍型失音（声带麻痹）《杨永璇中医针灸经验选》

李某，女，17岁。初诊：高热头痛10余天。先由某诊疗所诊治，因病情复杂，转至某医院住院治疗8d。当时头面、口、舌、颈项、四肢有麻木及牵掣等感觉，并发生声音嘶哑，饮食困难，屡作呛逆等症。旋又转至某医院，经五官科诊断为声带麻痹，即转来针灸治疗。检查神志略显呆滞，声音嘶哑而带鼻音。脉细数，苔黄腻。此为风热痰涎，壅塞肺窍所致。发声之本在肾，而标在乎肺，外寒内热，凌烁肺金，遂至失音。头面诸窍为清阳交会之所。宜用疏邪通窍化痰之法。针灸方法：瞳子髎、风池、天鼎、合谷（均双，泻法），用提插补泻法，太溪（双）（阴刺法），均留针30min。2诊：第3天，即间隔1d。病况稳定，舌麻减退，但头面、颈项、四肢麻木未已，发音嘶哑，咽饮呛逆，口渴，舌黄，仍为外寒内热之象。接用前法，加迎香以攻鼻塞。针灸方法：同上方加迎香（双）（泻法）余如上方。3～5诊：连续3次，上方每间隔1d，针治1次。6诊：第11天，即间隔1d。语言较朗，咽饮渐利，全身麻感减退，痰多作咳。针灸方法：同上。迎香两穴，沿鼻翼向上斜刺1寸5分。余依上方。7～9诊：连续3次，上方每间隔1d，针治1次。10诊：第10天，即间隔1天诸恙悉缓，语言清楚，吞咽便利，精神渐复，行动自如。再续前法，以资巩固。针灸方法：同上。续针4次，均间隔1d，依原方针治。病情完全痊愈，停针。

（二）失音（癔症性失音）《杨永璇中医针灸经验选》

邱某，男，22岁。初诊：曾有暴喑病史，经针治而愈。昨晚略受风寒，晨起即感喉中痰阻，吞吐不舒，继即舌强音哑，言语不清。素体肾亏，屡作腰痛等疾，神色委顿。脉弦细带数，舌苔薄白。查肺为声音之门户，肾为声音之根本，今为外邪所束，虚在肾而实在肺，本虚标实，宜兼治之。针灸方法：哑门（针1寸，泻法，用开合补泻法单刺，不留针）、廉泉、通里（双）、丰隆（双）（泻法，提插补泻法）、太溪（双）（阴刺法）。2诊：第3天，即间隔1d。昨午起语言较利，但尚不清朗，声音嘶哑，读字不准，喉中痰多，不易咳出。苔薄白，脉缓。肺气渐宣，痰粘未化，再投开郁化痰法。针灸方法：同上方加郄门（双）、太冲（双）（泻法）用提插补泻法，余依上方。3诊：第5天，即间隔1天。声音渐朗，咳痰已爽，症情见缓，再予上法。针灸方法：同上方去哑门。经治已痊愈，即出院。出院诊断为癔病性失音。

（三）失音（音哑）《杨永璇中医针灸经验选》

宋某，男，28岁。感寒郁遏，外冷内热，喉干，发音嘶哑，2个月未复，此津液不能上润也。脉形浮大，右寸关无力，乃太阴阳明清肃无权，而肾中元气亦虚，药石难效，拟两解法。针灸处方：承浆、合谷、天鼎（迎随补泻法）、太溪（阴刺法）。治疗经过：3诊时，发音已能成声，然仍有沙音，宗前法缓缓图效，10次后痊愈。

三、黄建章

失音（声带息肉）《中国当代针灸名家医案》

黄某，男，39岁，1975年7月8日初诊。主诉：声音嘶哑已1.5年。病史：1973年11月突然开始声哑，服用中药后好转，春节又因饮食不节而复发。经厦门某医院五官科检查，见咽部充血，两侧声带肥大充血，左侧声带前1/3处可见一豆大红色肿物，表面光滑，声门闭合欠佳，建议少说话，注意声带休息，并给予泼尼松、维生素B_2、多西环素等药物进行治疗，但疗效不佳。1975年5月在福建医科大学附属医院检查，确诊为声带息肉（左侧声带前1/3处肿物如豆大），建议手术治疗，因惧怕手术，而求治于针灸治疗。检查：神志清楚，面色少华，声音嘶哑，言语轻微乏力，二便调，舌质红润，苔微黄，脉沉细无力。诊断：声带息肉。治疗：滋阴清肺，通络散结。取穴：廉泉、增音、尺泽、天鼎、天突、列缺、通里、合谷、大陵、内关、太溪、大钟、足三里、阳陵泉。操作：以上腧穴，在每次针刺治疗时，选用5～6穴。用平补平泻手法，在针刺得气的基础上，两手同时施行持续捻转提插法1～3min，医者要全神贯注，气达针尖，捻转要轻快柔和有力均匀，使患者气感传至于病所，同时嘱患者意想病所，气到即止。每日1次，均如法施针。该患者总计针刺21次，谈话恢复正常，诸症消失。1975年11月7日再经厦门某医院五官科检查，证明原来如豆大之息肉已收缩平整，双侧声带充血消失，病告痊愈。随访至今，再未复发。



四、章逢润

虚火上炎型失音(喉返神经麻痹)《中国当代针灸名家医案》

金某,女,18岁,学生。主诉:声音嘶哑,不能说话6个月余。病史:患者病始起于外感后,咽喉干燥,疼痛,声音嘶哑,以后遂致不能说话,已6个月余。曾用复方安息香酊喷喉,治疗2周未见好转。又至某中医院,投以麻黄附子细辛汤治疗,咽喉疼痛,失音程度更为严重。即改用桔梗、花粉、枳壳、黄连、薄荷等药物,病情始终未能改善,并又出现食欲缺乏、胸膈饱满等症。而且咽喉疼痛,干燥较前愈剧。乃去某医院五官科做喉镜检查,诊断为左侧喉返神经麻痹,声带闭合不良。以后继用中药治疗,食欲等有所好转,惟失音之症,苦不能解,遂来我处就诊。症状:不能说话,五心烦热,夜寐不安,头晕耳鸣,脘腹满闷等。检查:精神疲惫,形体消瘦,神志清楚,两颧绯红。舌质红,少苔,脉弦细而数。诊断:失音(喉返神经麻痹),虚火上炎型。治疗:滋阴开音,降火清热。取穴:列缺、鱼际、太溪、照海。配穴:三阴交、肺俞、风池、天柱、天突、足三里、内关。操作:每次取3~5穴,采用弱刺激手法,留针20min,隔日1次,7次为1疗程。施行针刺治疗后,病情渐有好转,共治疗2个多月,发育完全恢复,语声如常人,其他症状随之消失。

五、吴秀锦

失音(声带结节)《中国当代针灸名家医案》

伍某,女,35岁,教师,1981年6月10日初诊。主诉:声嘶4个月。病史:初起因连续教唱,致日渐加剧,不能履行此职责。曾屡服中药及理疗,均未见效,故来针灸治疗。检查:话音嘶哑,完全不能发高音,经五官科检查,确诊为双侧声带结节并有声带水肿及充血。脉细尺弱,舌红苔薄微黄。诊断:失音(声带结节)。治疗:滋阴补肾。取穴:声带穴。配穴:廉泉、照海。操作:声带穴以毫针刺入3~4分,廉泉穴刺入6~8分,留针10~20min,留针期间轻捻1次,行补法。照海穴以梅花针轻叩20~25次。每日治疗1次。经1次治疗后声嘶即见减轻,治疗5次后已可恢复发高音,共治疗9次而声音完全恢复,经五官科检查结节消失,声带恢复正常。5年后随访并无复发,仍旧教唱。

六、黄宗勗

失音(声带麻痹)《中国当代针灸名家医案》

杨某,女,37岁,工人,1978年1月4日初诊。主诉:声音嘶哑已3个多月。病史:患者初起有口舌麻木感,继则出现声嘶,饮食困难,屡发呃逆,咽喉部有阻塞发紧感觉,曾经医院检查诊为声带麻痹。给予服药治疗,饮食已不呃,但声哑未见好转,前来诊治。检查:体温37.1℃,声哑,说话费力,难以听清,声带轻度充血。舌



苔薄白，脉弦细。诊断：失音（声带麻痹）。治法：清热通窍，疏调气机。取穴：风池、增音、合谷、太溪。操作：每日针 1 次，用平补平泻法，留针 20min。增音穴朝咽喉方向刺 0.5～1 寸，不留针。复诊：针后自觉咽部清爽，声音略开，但仍有声嘶，仍守前方续治 2 周，诸症消失，发音清楚，嘱其注意休息，不要高声喊叫，以巩固疗效，随访 6 个月未见复发。

七、郑艺钟

气阴两虚型失音《中国当代针灸名家医案》

李某，女，43 岁，干部，1978 年 8 月 4 日初诊。主诉：自感咽灼如火，5d 后失音 2 个月。病史：2 个月前无明显原因自觉咽灼如火，未予诊治。5 天后失音不语，遂到某医院耳鼻喉科就医，经检查诊断为“声带充血，闭合不全”，医生嘱其休息，未予药物治疗。1 周后无明显好转，而来我院。先后在内科呼吸系、神经内科等口服六神丸、清音丸、牛黄解毒丸、炎得平，肌注青霉素、链霉素等药，无显效。于 2 周前转入耳鼻喉科就治，诊为神经性嘶哑症，遂用新斯的明 1ml，施行天突穴封闭疗法；碳酸氢钠混合液蒸气吸入法，同时配合电兴奋理疗法、激光穴位照射法治疗 2 周，均无效。故于今日来我科就诊。现症：口干渴，小便黄，大便结，失音。检查：神清，形体适中，活动自如，语言表达正常。但闻声音全失，语初尚可，但持久后气虚不支，舌略绛，少苔，舌体伸缩灵活，脉细缓。诊断：音哑，气阴两虚型。治疗：滋阴化气，化湿宣肺。取穴：天突、列缺、照海。操作：毫针刺法。刺入捻进，得气后留针 20min，捻转出针。针刺后，患者即感咽部灼热，起针 2h 后，则感咽喉舒畅轻松。针 2 次后自觉喉间痰涎渐多，尿色转白，大便通畅。针 3 次后咽干口渴大减，语可发声；据症情变化，调整针方为：去列缺、丰隆，加间使、通里，手法同前。经针至第 4 次后发音如常，语言流利，诸症悉平，音哑告愈。并已上班工作。共针刺 12 次，自调间使、通里 2 穴后守方施术，直至痊愈，随访至今，未复发。

八、张涛清

（一）肺肾阴虚型失音（声带小结闭合不全）《张涛清针灸治验选》

杨某，男，32 岁，歌唱演员。自幼常患咽喉疼痛，从事演员工作以来，扁桃体反复发炎，最后 2 次急性发作，每以针治 1 次即愈，此后 10 年，再未复发。1973 年初，因练音方法不当，加之母亲病故，心情不畅，造成歌唱或发音时不爽亮，尤以唱高音时更加困难，此后每当歌唱时声音嘶哑，无法演出，经某医院耳鼻喉科检查，确诊为“声带小结前 1/3 闭合不全。”建议手术治疗，因怕影响以后唱歌，拒绝手术，故前来我院要求针灸治疗。检查：消瘦，发细语无声，舌质淡，灰白苔，脉细弱，诊断为结节性声带炎，辨证为肺肾阴虚证。取穴：廉泉、人迎、天容、合谷。进针得气后，施以平补平泻不留针手法，隔日针刺 1 次，经刺 5 次而愈，随访 8 年多，再未复发。



(二)肺燥津伤型失音(声带小结并慢性喉炎)《张涛清针灸治验选》

卢某，女，30岁，京剧演员。2年前，在演唱时感到发声吃力，咽喉部干燥，演完戏后，咽喉疼痛。近来声音嘶哑，不能演唱，经数个医院耳鼻咽喉科检查，确诊为“声带小结并慢性喉炎”，建议手术治疗，因畏惧手术，遂来我院针灸治疗。检查：声音嘶哑，咳嗽气短，舌红苔薄，脉细数。诊断为声带小结，辨为肺燥津伤证。取穴：廉泉，天容，人迎，合谷。进针得气后，施以平补平泻不留针手法，隔日针刺1次，初针数次疗效不显，针刺至5次后症状始见减轻而获显效，共针治21次而告愈，追访8年之久，一切如常，未见复发。

【导读】

失音是指讲话声音不扬甚至不能出声而言。《黄帝内经》称之为“喑”，亦称为“声嘶”、“倒音”。患者讲话时呈沙声，轻者低语如常，高音有沙声，重者讲话时呈耳语状，有音即沙，也有讲话如常人，但唱歌，发高音阶时才出现沙音。临床根据起病的缓急认为，失音突然发生者称“暴瘖”，渐起者为“久瘖”。各种原因引起的急、慢性喉炎，喉头结核，声带劳损，声带小结，以及癔症性失音等均可归属于本病范畴。失音的致病因素，有外感、内伤之分，其病机有属虚属实的不同。大致暴瘖多由感受外邪，其证属实。久瘖多由内伤精气，其证多虚。如《景岳全书》“喑哑之病，当知虚实，实者其病在标，窍闭而喑也；虚者其病在本，因内夺而喑也”的论述临床极有参考价值。本病的病变，主要在肺系，关系到脾、肾。凡外感或郁怒而失音者为“金实不鸣”，病程较短属实证。久病阴虚，或声门劳损者为“金破不鸣”，病程较长属虚证，临床以肺肾阴虚为多见。关于治疗实证应以疏调局部经气，活血利咽为主，外感者兼以疏风祛邪，宣肺开音。肝郁者兼以疏肝理气，养阴利喉。对于肺肾阴虚者，则以滋养肺肾，降火开音为主。肺脾气虚者，兼以补益肺脾，益气开音。关于针灸治疗，《针灸甲乙经》有：“暴喑气哽，取扶突与舌本出血。喑不能言，刺脑户。暴喑不能言，喉嗌痛，刺风府……喉痹喑不能言，天突主之，暴喑气哽，喉痹咽痛，不得息，饮食不下，天鼎主之。……喑不能言，期门主之。暴喑不能言，支沟主之。喑不能言，合谷及涌泉、阳交主之”等内容。

魏稼医案：魏氏认为声带小结主要表现声音嘶哑，属中医慢性失音范畴，多由肺肾阴虚，虚火上灼，伤阴烁津，痰热内生，上结喉窍所致。魏氏根据迷走神经分布于耳和喉部，为两者的感觉神经，并且负责喉的运动，所以临床多采用耳穴贴压法，刺激相关耳穴以改善喉部的炎症。魏氏指出耳穴贴压治疗最适喉病，常选咽喉、声带、肺、肾、神门等穴，以清热降火，化瘀散结，治声带小结。贴压后嘱患者每穴每次按压1min，以微痛为度，每日按压3次，3～5d换贴另一耳，每换贴4次为1个疗程。一般贴压4～8个疗程，均可使小结或息肉显著缩小或消失。

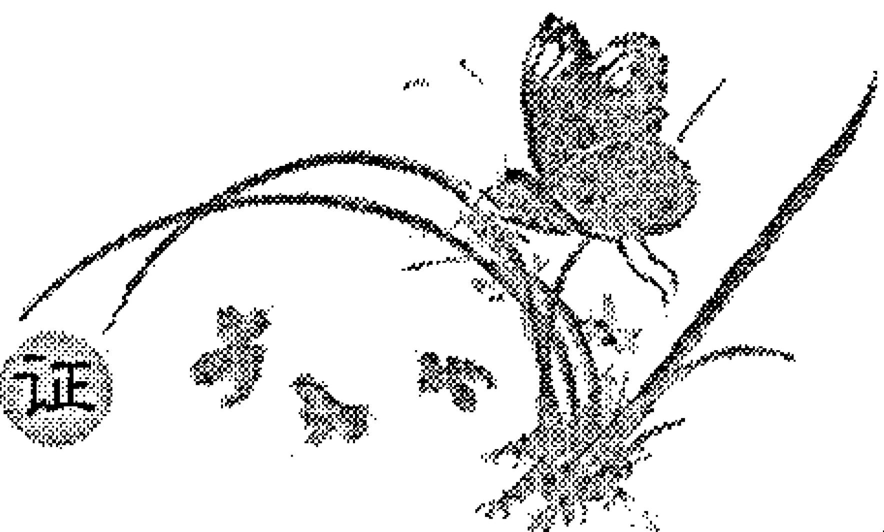
杨永璇医案：所治病例①为声带麻痹，属神经炎之后遗症，表现为发音嘶哑，时有高热头痛，为外邪侵袭，客于会厌，致为发音嘶哑。《诸病源候论·风病诸候上·



中冷声嘶候》记载："中冷声嘶者，风冷伤于肺之所为也，肺主气，……气为阳，若温暖则阳气和宣，其声通畅，风冷为阴，阴邪搏于阳气，使气道不调流，所以声嘶也"，"会厌者音声之户"。杨氏用风池、迎香、合谷祛风解表，进行整体治疗；取局部腧穴天鼎；针太溪为上病下取之法，用阴刺法是杨氏继承唐家花园王诵愚先生师传之法。《灵枢·官针》："十曰阴刺，阴刺者，左右率刺之，以治寒厥；中寒厥，足踝后少阴也。"操作时取太溪双穴，同时进针，双手持针，左右同入，一样深度，如针下有麻感，则收润燥益气，益阴和阳之功，疗效颇为显著。治后外感之风邪得泄，音声之门户得复，发音嘶哑得治，而其他诸恙亦随之减退。可见配方取穴，针刺治疗，理、法、方、穴，必须配合恰当，乃能获效。病例②为癔症性失音，属于暴喑范畴。由七情抑郁，风寒外感，邪郁气逆，上注清窍，影响声音之门户，遂为失音，针刺治疗效果很好。取哑门开脑窍，太溪用阴刺法以利咽而愈。杨氏认为哑门一穴，应谨慎使用，使用要点是取穴要准，刺入即出针，不宜留针。如果癔症患者病情较重者，出现失明、失聪、失语者，治疗当开窍镇静，安神利咽并用。如采用百会、印堂、哑门、水沟、中冲、廉泉、太阳、合谷、内关、通里、三阴交、太冲、太溪诸穴。此外还需暗示患者，因势利导，善言抚慰，使其精神怡悦，心情舒畅更为重要。

黄建章医案：黄氏认为声音嘶哑，皆因于气。因"肺为气之主，肾为气之根"，"肺为声之门，肾为声之根"，所以主要责之于肺肾。肺主气而声由气发，咽、喉通于肺脏，又为肾经经脉所过。所治病例属"金实不鸣"证，声带被肿物阻塞，使气机不利而致声音嘶哑，治宜清肺滋阴，通络散结。取廉泉、增音、天突、天鼎诸穴，以疏通局部之经气，散肿利喉增音；取肺经之列缺，尺泽及肾经之大钟、太溪，以求治病之本，达到滋补肺肾，疏调肺、肾二脏之功能，使脏腑功能强健而能发音；再以内关、足三里、阴陵泉等穴滋润咽喉，散结消肿。诸穴合用，再配以适当手法，而收到良效。增音穴是经外奇穴在甲状软骨两翼上缘、甲状软骨上角及舌骨之间，喉上神经进入喉处。

章逢润医案：章氏根据《黄帝内经》名"喑"以声音嘶哑，不能发言为其特征，认为病因与肺、肾两脏尤为密切。盖肺为声音之门户，肾为声音之根基。如感受风热、风寒之邪，致肺气不利，或肾阴亏损，津液不能上承，均可引起发音不利。大凡暴喑者，起病多急，猝然而发，多因邪气壅遏，其病属实；久喑者，发病较缓，逐渐而成，多因肾精耗伤，其病属虚。所治病例初起为风热壅肺之实证，热邪内遏于肺，肺失清肃，开合不利，故音不能出。病后治法失宜，方药欠当，竟投以辛温热燥之麻黄、附子、细辛，以及苦寒清凉之黄连、薄荷等药物，致使劫阴伤津，化燥助热，不仅与病情无益，反遭阳热亢盛，苦寒败胃之弊，终使病情发展，迁延不愈，酿成肺肾阴亏，津液内夺之虚证。章氏取太溪、照海、三阴交以滋养肾阴，清除虚热；列缺、鱼际、肺俞、风池为疏散风热，清肃肺气；天柱、天突为局部取穴，专攻清利咽喉，消肿止痛；中脘、内关、足三里以健脾和胃理气。诸穴合用，共奏化生阴液，清降虚热，利



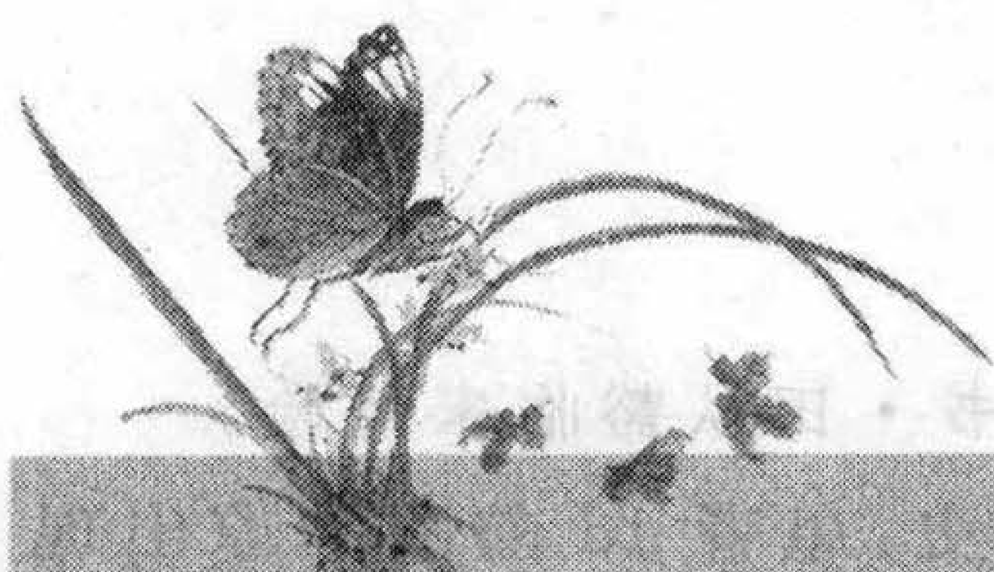
咽止痛，清利声道之功而治愈。

吴秀锦医案：声带穴是其在临床发现的新穴，其位置在结喉两旁 0.5～0.7 寸(依各人的颈项粗细而异)，在水突穴前方浅凹中。不仅可治疗声带结节，对声带水肿、充血亦有显效。吴氏用声带穴为主治疗 10 位患者，取得良好效果。此穴因皮下是软骨故不能深刺，此处无大血管，比较安全。由于声带穴更接近声带，对声带的局部作用特别明显。若患者兼有慢性咽炎，治疗时加刺天容平补平泻，兼有急性咽炎加泻天容。

黄宗勗医案：黄氏认为声带麻痹属中医“失音”范畴。虽属喉咙声道局部疾患，但与肺肾均有密切关系。因肺脏通会厌，而肾脏挟舌本。肺主气，肾藏精，声音出于肺系而根于肾，肾精充沛，肺气旺盛，则气出于会厌而声音响亮，若肺肾有病皆能导致失音。《灵枢·忧恚无言》篇说“会厌者，音声之户也”。所治病例辨证为热邪阻塞肺窍，肺气失于宣畅，邪热客于会厌，声道开合不利，故音不能出。针刺取风池、合谷以疏泄邪热，太溪为足少阴肾经之原穴，有滋肾利咽之效，增音穴为治疗声带疾患及失语的特效穴，属经外奇穴。如此标本兼治，以治本为主，肺气宣畅，肾气充足，则病自愈矣。

郑艺中医案：郑氏认为所治病例脉象细缓为气虚生湿，阴虚将化热，气阴两虚，湿痰内阻，致肺系不利。采用天突、列缺、照海为主进行治疗后又根据《百症赋》：“间使，失喑嗫嚅而休迟”；《治杂病歌》：“通里主欲言声不出，暴喑面无容”，调整针方去列缺、丰隆，加间使、通里，取得较好疗效。可见古代文献中积累的丰富的针治经验，可成为临床治疗的突破点。

张涛清医案：张氏认为失音的施治原则是在辨虚实的基础上确定补泻，其证属实者，治以宣肺疏表；久喑者，其病属虚，宜清润滋养；若肺肾气虚者，应气阴两补。张氏的经验组穴是以廉泉、天容、人迎、合谷为主穴。风寒证加尺泽，少商点刺出血；痰热证加丰隆、中脘；肺燥津伤证加天突；肺肾阴虚证加太溪；情志不舒多怒加太冲。张氏指出廉泉可清肃肺火而利咽喉；天容疏导患部气血、消肿散结；人迎清降胃火，疏解邪热；合谷清热解表邪；尺泽少商点刺出血，清泄肺火，调肺气而润咽喉，散结开音；中脘、丰隆清泄胃肠郁热，疏导阳明经气，化积除痰；天突清气火化痰热，开音启闭；太溪益肾滋水，涵木柔肝熄风，调顺阴阳；太冲清泄肝火。张氏认为针灸对咽喉部炎性疾病所引起的声音嘶哑治疗效果突出，可消除咽喉部的炎症和小结，尤其治疗演员“倒嗓”，经针刺 1～2 次，就可恢复演唱。



第5章

急症

第一节　高　　热

一、周楣声

阳明怫郁，腠理不宣型高热（流行性出血热）《古今针灸医案医话荟萃》

陈某，男，30岁。患者发病4d入院，颜面及两耳红紫浮肿，球结膜水肿充血，视力模糊，上颚充血有出血点，舌苔白腻秽浊，六脉沉数细弱，呼吸急迫，胸腹饱满思吐，肢体沉重酸痛，头痛难忍，体温40.5℃，属发热期及阳明怫郁、腠理不宣型，是当时危重患者之一。先采用刮背法以疏通腠理，再用三棱针点刺左右少商、少泽出血以解表泻热，体温当即下降至39.8℃，但仍有吐意。4h后用三脘5针，火针代灸以行气利湿，快膈宽中。吐意止，病势趋于缓和，次日感下腹及腰部胀痛难忍，热未续退，取阴交4针，腰痛立减，热度下降至37.4℃，神清，可谈笑。仅食后略感上腹饱满，嘱每日自行熏灸中脘2次，前后4d，症状基本消失，仅一度曾有微热（37.3℃），余无其他反复。又观察5d出院。

二、陈作霖

风热外袭型高热《中国当代针灸名家医案》

李某，男，28岁。主诉：高热3d。病史：患者3d前无明显诱因，突发高热，继之四肢大小关节红肿疼痛。并口渴喜冷饮，小便红赤。检查：面赤，体温39.5℃，舌质红。诊断：高热，风热外袭型。治疗：清热疏风通经络。取穴：大椎、二间、内庭、

曲池、后溪、足三里；操作：大椎三棱针放血，其他各穴以毫针泻法，并以梅花针轻叩红肿之大小关节。2诊后体温降至38.6℃，四肢关节肿痛稍有缓解，但仍不能活动。除大椎外，又加商阳点刺放血，余如上法。3诊后体温37.8℃，四肢关节红肿明显消退，疼痛亦减，能略微活动，又以上方加三间，行泻法。4诊身热已退，红肿亦消，疼痛大减，可以行动，续取上方又针1次病愈。

三、田从豁

内热外感型高热（上呼吸道感染）《当代中医名家丛书·田从豁临床经验》

赵某，女，12岁，学生，1994年10月18日初诊。病史：患者4d前因受凉出现咳嗽，咽痛，继而出现高热，体温达39.1℃，经服用头孢氨苄及退热、止咳药，体温仍在38℃左右，伴有咳嗽，痰白量不多，大便干，已3d未行，小便黄，口干渴喜饮。检查：精神不振，舌边红苔黄微腻，脉浮数。诊断：中医为感冒（内热外感），西医为上呼吸道感染。治则：清热解表。治疗：分别取商阳、少商放血，1次取2个穴。大椎、肺俞穴拔罐。疗效：治疗1次后，热退，体温降至正常。治疗2次后，未再发热，继以梅花针叩刺督脉及脊柱两侧膀胱经，然后再于大椎、肺俞、至阳拔罐。共治疗4次，咳嗽亦消失。

四、魏　稼

邪在卫气型高热（普通型流行性脑脊髓膜炎）《魏稼针灸经验集》

吴某，男，15岁，1966年4月20日初诊。患者以头痛，发热、恶寒，咳嗽等上呼吸道感染症状而入院。母代诉：患儿晨起称头痛甚，先畏寒，继而发热，关节酸痛，咽痛，咳嗽有痰。约10:00时许，发寒战，体温升至39.1℃，喷射性呕吐2次，大便1日未解，小便短黄，头痛如破。检查：有项强，脑膜刺激征明显，布氏征、克氏征阳性。腹部皮肤有多处瘀点。检查周围血象，白细胞总数升高，中性粒细胞增多，初步诊断为普通型流行性脑脊髓膜炎。中医诊查：面色苍白，发热恶寒，无汗口渴，舌质红苔薄白，脉细数，证属温病初起。按三焦及卫气营血辨证，邪在卫分上焦，开始转入气分、中焦。乃用磺胺嘧啶加针刺大椎、脑静（睛明攒竹之间）、合谷、曲池、列缺……用"凤凰展翅"手法，久留针（长期卧针不取出），每数分钟捻运1次，并严密观察瞳孔血压等变化。当晚24:00时许，诸症未减，且呕吐频繁，畏光，烦躁，口渴多饮，尿少，口周出现疱疹，体温上升至40℃，经加用退热药，热势有增无减。思《黄帝内经》及张子和《儒门事亲》有刺十指间出血退热记载；刘完素有治大烦热十指间"八关大刺"之说，乃用圆利针于十指间指蹼上缘1cm处各刺出血0.5～1ml，当晚3:00时许，体温降至38.6℃，诸症渐减，次日上午再刺八关1次，汗出热退身凉神清。其余诸穴留针未拔出，坚持间隔运针，并撤去用药。第4天痊愈，拔针出院。



五、张涛清

(一)邪陷心肝型高热(右侧大叶性肺炎)《张涛清针灸治验选》

黄某,女,12岁。患儿初病为头痛,发热,咳嗽,吐白色泡沫痰,经注射青霉素等药物,症状未见减轻。5d体温仍高在38℃以上,胸痛,呼吸急促,口唇发绀,咯铁锈色痰,时有神昏,谵语、惊厥。求针灸治疗。检查:患者急性笃重病容,体温40℃,脉洪大数,舌质红,苔质腻,右肺呼吸音低,闻及细湿啰音,心率120次/min,律齐,经本院X线透视为右肺上叶致密阴影,临床诊断:右侧大叶性肺炎,辨为邪陷心肝型,治宜开宣肺气,平肝熄风。取穴:大椎、巨骨、曲池、内关、中脘、足三里、三阴交、云门、俞府,针刺用泻法。留针30min。针后患者自觉胸痛明显减轻,呼吸稍平和,憋气及发绀减轻、体温降至38℃。次日,取穴同上,针后咳嗽咳痰明显减轻。体温降至37℃,精神好转。隔日又按上穴针1次,诸症全消,调理而愈。

(二)风热闭肺型高热(右侧大叶性肺炎)《张涛清针灸治验选》

赵某,男,60岁。主诉:2d前,突然高热,体温达39.5℃,伴咳嗽,气短,胸部闷痛,痰白黏且不易咳出,痰内带少量咖啡样物,内服中药6～7d,病情未见好转,症状日趋加重,呼吸困难,要求针灸治疗。检查:体温39℃,鼻翼扇动,面赤唇红,痰呈铁锈色,舌红苔黄厚,脉洪大。经我院X线胸透为右肺大叶性肺炎。辨为风热闭肺,治宜清热宣肺,豁痰平喘。取穴:大椎、巨骨、曲池、内关、中脘、足三里、三阴交、云门、俞府,针刺用泻法。针刺后,患者感觉呼吸较畅,胸痛减轻,针后4h,体温降至37.8℃,当夜能安静入眠,但仍有咳嗽,痰量减少,痰色变黄。隔日再针,自觉症状消失,经随访3d,诸症均消而获痊愈。

(三)高热(肺炎)《张涛清针灸治验选》

马某,女,5岁。患儿生后8个月时,曾发热,咳嗽,气急,诊为小儿肺炎,经治疗而愈,但此后,经常轻度咳嗽,痰鸣。1971年冬季,因患麻疹退热后不久又发热,体温增高至39℃,咳嗽痰鸣,呼吸困难,吐铁锈色痰,胸闷痛,要求针灸治疗。检查:体温39℃,咳嗽痰鸣,心率120次/min,心尖区闻及Ⅰ～Ⅱ级吹风样杂音,两肺呼吸音粗糙,右肺散在细啰音,X线诊断为广泛性肺炎。取穴:大椎、身柱、夹脊、膏肓、谚语、灵台。针后在身柱、灵台穴位拔火罐,咳嗽、喘息、鼻煽减轻,精神状态好转,隔日再针,连续3次而愈。1977年再次追访,几年再未患肺炎,慢性咳嗽亦消失。

六、郑魁山

(一)风热犯肺,内陷心包型高热《郑氏针灸全集》

徐某,男,8岁,学生。高热40.3℃,惊厥,阵发性抽搐1d多,头痛,咽喉肿痛,咳嗽,有时神昏、谵语,脉浮数,辨证系风热犯肺,内陷心包。采用泻热醒神,疏风清



肺之法，针风池、大椎不留针，人中、尺泽、内关、合谷用透天凉法，使患者全身出汗，留针30min，出针后患者抽搐停止。5h后，高热退至37.1℃。第2天，患者自诉：身上舒服多了，但仍有头痛、咽痛、咳嗽。体温38℃，又针风池、大椎、陶道、肺俞用凉泻法，不留针，尺泽、合谷用凉泻法，留针30min，每日1次，连续针治5d病愈。此证以热陷心包，扰动心神为主，用透天凉法泻高热、醒心神，抽搐自止。

(二)温邪入肺，热灼伤津型高热(病毒性肺炎)《郑氏针灸全集》

徐某，女，3岁。患儿因麻疹后发热咳嗽2d而入院，入院后诊断为病毒性肺炎，用抗生素治疗1周，未见好转，体温一直在39℃以上，会诊当日病情恶化，出现心衰症候，抢救后虽有缓解，但仍未脱离危险。神志不清，昏睡露睛，呼吸困难，口鼻周围发青，面色㿠白，对外界无反应，用鼻饲进食及氧气吸入，1d内泻下水样夹不消化食物7～8次，腹胀如鼓，舌苔薄白、质红，唇干，无涕泪，脉浮数无力。辨证系温邪入肺，热灼伤津。采用清热肃肺、扶正育阴之法。针大椎用透脊凉法，左手食指押在穴位上方，右手持针向第一胸椎棘突上缘斜刺5分，得气后撤去押手，捻提守气，使凉感传到腰骶部，不留针，身柱、肺俞、人中、少商点刺出血。针后1h体温降至38℃，神志清醒，呼吸转平稳，病情好转。第2天复诊，体温已降至37.5℃，精神好转，未再腹泻，已撤去鼻饲及吸氧，舌苔薄白而润，脉稍数，又采用清肺养阴之法，针大椎、身柱、肺俞、鱼际用凉泻法，不留针。14日再诊时，患儿精神已基本恢复正常，体温37℃，因时有咳嗽，再针大椎、陶道、肺俞、列缺用提插的平补平泻法，不留针，治疗后第2天患儿就出院了。

【导读】

发热为临床常见症状之一，可兼有恶寒，头痛等症。一般体温超过37.2℃即为发热，而38℃以上则为高热。其病因多由外感引起，亦有内伤发热者。《黄帝内经》对发热的病因病机早有论述，如《素问·风论篇》记载："风气藏于皮肤之间，内不得通，外不得泄。风者善行数变，腠里开则洒然寒，闭则热而闷……"，《伤寒论·辨太阳病脉证并治》也指出："太阳病，发热而渴，不恶寒者为温病"。自金元时代以后，逐渐形成温病学说，至明清时代，治疗热性病已成一家，明末吴又可的《温疫论》为第一部温病专著。

周楣声医案：辨证为阳明怫郁、腠理不宣型高热，周氏根据明代张景岳曾采用刮痧法治愈绞肠痧的验案及对治疗机理进行的探讨，认为张景岳所言"细究其义，盖以五脏之系，咸附于背，故向下刮之，则邪气亦随而降，毒气上行则逆，下行则顺，改逆为顺，所以得愈。虽近有两臂刮痧法，亦能治愈痛，然毒深病急者，非治背不可也"极是，故首先为之采用刮背法，实为刮痧法的应用，再用三棱针点刺左右少商、少泽出血以解表泻热，此外还以火针代灸，行气利湿，快膈宽中。所谓火针代灸，与传统火针治法不同之处在于，仅刺表皮、真皮，灸疮既小又浅。要求为：①点刺深浅分为3度，Ⅰ度深1～1.5mm，Ⅱ度深2～3mm，Ⅲ度5mm左右。②点刺轻重，要求



用力适度，轻巧稳准。手法分快、中、慢3种。快刺为用力轻，一触即去，慢刺为停留时间稍长，用力稍重；中刺则介于快、慢刺手法之间。③壮数计算。点刺一下为1壮，以此类推。配穴各穴壮数如下：大椎5壮，阴交4壮，上、中、下脘均为5壮，百会5壮，内关、复溜、阳陵泉3壮。巨阙、至阳则采用熏灸之法。另外，如局部有红肿青紫、硬皮肿痛，亦可以火针代灸。病例中所提三脘五针是指在上中下三脘各采用火针点刺5壮，阴交四针是指在本穴火针点刺4壮。

陈作霖医案：所治病例为风热之邪外袭太阳、阳明，经络传导失和，经气闭阻所致发热，故治疗以太阳主表治宜疏解，阳明主肌治宜清泄。选穴以阳明、太阳经穴为主。又取"诸阳之会"之大椎，并点刺出血是借以表散阳邪而解热；加之手足阳明经之荥穴二间、内庭以疏通经气，清泄阳明热邪；太阳主表，取太阳经之输穴后溪，取输主体重节痛之意，本穴又以其通八脉中督脉，运用本穴可疏解经脉，经脉通则热邪自祛；以上各穴均用毫针泻法，局部以梅花针轻叩微出血，以清除瘀滞停留于关节处的外邪，通络止痛，热退病愈。

田从豁医案：患儿素体蕴热，复因感凉而发病。故以商阳、少商放血，清泄肺与大肠之实热，以大椎、肺俞拔罐清解在表之风邪，故而热退而身凉。继用梅花针刺激背部督脉、膀胱经，以振奋阳气，增强机体抗病能力，复以肺俞等背俞拔罐以宣肺而止咳，又因至阳在背部位于肺底部，刺激本穴更加强了宣肺止咳之力，使疾病速愈。

魏稼医案：魏氏在20世纪60年代末全国暴发流行性脑脊髓膜炎时运用针刺治疗流脑20余例（普通型），均获痊愈，此案是其中1例，患者体温40℃，经用退热药，热势有增无减，魏氏根据古代文献记载和各家针灸学说的启示，采用张子和、刘完素的"八关大刺"，挽救患者于危急之中，说明魏氏善于师法古人，理论联系实际。魏氏认为脑静穴（定位参见小儿惊风章节）有较好的止头痛作用，针刺深度为0.5寸，但魏氏针刺深度达1寸左右，只捻转不提插，避免损伤血管，而提高了疗效。魏氏运用合谷穴是据普通型流脑有发热、头痛等症状，多属阳明，再根据古代文献的论述，如《外台秘要》称合谷主热病汗不出，《景岳全书》称合谷治阳明郁热，《千金十一穴》载合谷能治头痛，《类经图翼》指出合谷治头痛、脊强等，故为主要配穴。曲池穴亦属阳明经穴，具有退热作用，列缺具有解表之力，也作配穴。魏氏体会到针刺治流脑，要求有较强针感，如针感太轻，疗效为之减色。治疗中要长时间留针，留针过程中间歇运针，从患者针刺开始，一直留针到热退身凉为止，而且开始一段时间，每隔5～10min运针1次，每次每穴运针时间持续约1min左右，随着症状体征逐步减轻，运针间隔时间才逐渐延长至15～30min。他认为足够的刺激量是提高疗效的关键。

张涛清医案：张氏指出针灸对肺炎有较好疗效，关键是早治，一般情况下2～5次就可治愈。在肺炎的治疗过程中不断总结经验，认为治疗应以肺俞、尺泽、足三



里、曲池为主穴。风寒闭肺加合谷；风热闭肺加十宣（放血）；痰热闭肺加中脘、丰隆；肺气闭塞加列缺，大椎；邪陷心肝加神门、太冲、阳陵泉。操作时进针得气后，施以捻转泻法，足三里施以先泻后补，尺泽泻后出血。每日针刺 1 次，重症患者可每日针刺 2 次，每次留针 20min，7 次为 1 疗程。选用肺俞清热豁痰，宣肺止咳，尺泽为肺经合穴养阴清热，敛肺化痰，足三里大补中州之气，使土旺而运化精微，散布水精，曲池清泄大肠多气多血之经气，疏通气血使津液易于上输。合谷发汗解表，宣通肺气。十宣出血即可泄热，又有开窍醒神之效，中脘、丰隆导滞化痰，列缺清肃肺气，大椎清泻热邪，神门同心经原穴，太冲属肝经原穴，二穴配伍，清心火泻肝热，宁心安神，阳陵泉熄风、舒筋、止痉。所治病例①，②，③同为肺炎，均表现为高热不退，经辨证后，采用经验穴治疗得以痊愈。

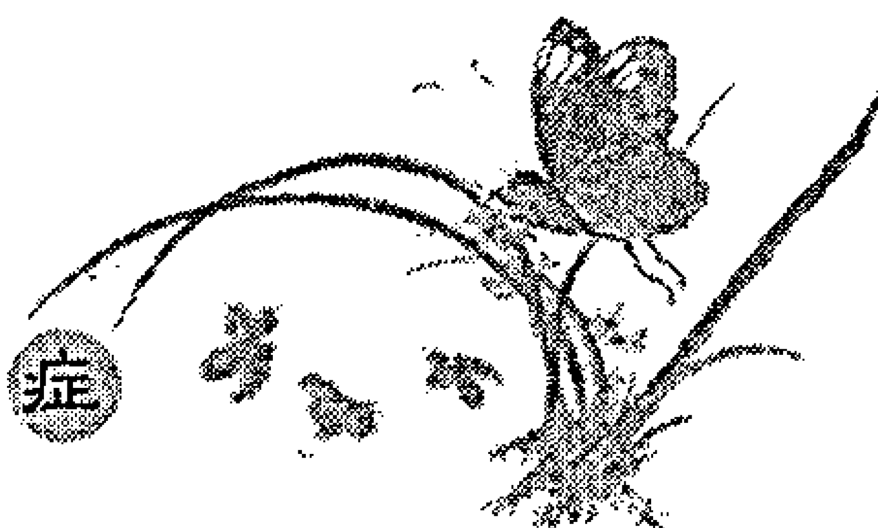
郑魁山医案：郑氏退热的经验是针大椎用透脊凉法，操作时左手食指押在穴位上方，右手持针向第一胸椎棘突上缘斜刺 5 分，得气后撤去押手，捻提守气，使凉感传到腰骶部。配合其他穴位使患者热退痊愈。

第二节　抽　　搐

一、陆瘦燕

抽搐《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

王某，男，10 岁，学生。1963 年 6 月 19 日初诊。4 个月前某日，突发高热，神志昏蒙，肉瞤筋惕，肢震头摇，经治疗后热退，神爽。嗣后，目霎不能自主，面部抽掣阵作，两手挥摇，时或角弓反张，久治无效，并伴有低热、便溏。诊得脉来濡细，舌质绛、苔薄滑。此乃童子稚阳，阴津未沛，邪热劫炼而亏损，木少滋荣，肝风乃作。其便溏者，亦木旺乘土之候。姑拟清热平肝，疏宣脉络。取穴：风府、风池（双）、太阳（双）、印堂、迎香（双）、地仓（双）、四白（双）、大椎、合谷（双）。手法：提插。2～4 诊：目霎唇动稍减，低热渐逊，再从原方增损。取穴：风池（双）、风府、百会、曲池（双）、大椎、合谷（双）、太阳（双）、四白（双）、迎香（双）、地仓。手法：提插。5～12 诊：低热已退，脾胃得和，目霎唇动续见轻减，仍守前方出入。取穴：太阳（双）、四白（双）、地仓（双）、曲池（双）、合谷（双）、风池（双）、印堂。手法：提插。13～18 诊：面目抽掣递减，两手仍有挥摇，此系肝风未平，脉络失涵，再以前法出入。取穴：太阳（双）、四白（双）、地仓（双）、曲池（双）、合谷（双）。手法：提插。19～25 诊：增投平肝熄风，疏宣阳明脉络之治，目霎唇动大减，二手挥摇渐趋宁静，嘱其停治 1 个月。取穴：太阳（双）、四白（双）、地仓（双）、风池（双）、合谷（双）。手法：提插。1963 年 12 月 7 日随访。据患者母亲诉述：停治以来，目霎、唇动、手舞等症状，均已消失，



低热已退，食欲旺盛，体重增加，精神焕发，病痊愈。

二、焦顺发

抽搐（氟哌啶醇致扭转痉挛）《头针》

张某，男，18岁，军人。主因：全身不自主地扭转0.5d。病史：2个月前因精神紧张时失眠及头痛，后在某医院确诊为神经官能症，每次服氟哌啶醇片4mg，每日2次。服第3次后感背部抽动难受，不能控制。服第4次后出现头及肢体不自主地向左侧扭转，当即来诊（1978年6月8日下午6时）。检查：神志清楚，面部表情不正常，有强制性抽动感，头不自主地往左侧扭转约100°，同时右上肢及躯干也往左侧扭转，每次持续30s～2min。间隔数分钟又发作1次。此时患者头部不断出汗，右上肢有轻度齿轮样肌张力增高。选区：选双侧舞蹈震颤控制区上1/2，每日1次。疗效：第1次针后不仅扭转的程度明显减轻，而且间隔十几分钟才发作1次。次日早晨已基本正常。仅右上肢还有轻微齿轮样肌张力增高。第2次针后完全恢复正常。

三、于书庄

（一）抽搐《于书庄针灸医集》

杨某，女，39岁，1974年1月19日初诊。病史：患者于4个月前因与领导争吵而发病四肢抽动，尤以咀嚼肌抽动明显，病后曾去几家医院治疗多次，医生除给一些镇静剂外，曾多次针刺合谷、颊车、太冲等穴，初起还有即刻效果，以后则效果全无。医生虽一再延长刺激时间，用电针加强刺激，甚至于弹拨合谷，但仍不能控制其发作。患者于1974年1月19日晚来我院就诊。当时病情已发作1d多。检查：面色黄白，气短无力，手足发冷，脉沉细。辨证：证系初病时肝郁不舒，肝风内动。以后由于病程日久，肝郁乘脾，不思饮食，气血生化之源不足，因此导致肝郁脾虚，肝风内动。治法：给予灸中脘以补益中气，宽中解郁，针哑门以回阳，针合谷、太冲、颊车以熄风。治疗经过：由于证属虚风，故针刺得气后即停针，留针20min。在留针过程中，抽动逐渐减轻而停止。继用此法，共治4次而愈。

（二）抽搐《于书庄针灸医集》

于某，男，19岁，1974年5月16日初诊。病史：患者高热抽风4～5d。病后曾针刺数次，都是针后痉挛缓解，起针不久又抽。问其针刺何穴，患者所指之处是合谷、太冲、阳陵泉等穴，检查：当时高热未退，体温39.5℃，四肢呈强直性痉挛，手呈鸡爪状，足趾背曲，面红，舌苔白干，脉滑数有力。辨证：证系热极生风。治疗经过：给予少商、商阳、中冲放血以泄热，再针合谷、太冲、阳陵泉以熄风。次日随访，针后痉挛缓解，高热已退而愈。



【导读】

抽搐古属“痉证”范畴，以四肢肌肉抽搐，项背强急，口噤不开，角弓反张为主要临床表现。现代医学中流行性脑脊髓膜炎、乙脑，继发于各种传染病后的脑膜炎，脑肿瘤及各种原因引起高热惊厥抽搐归属于本病范畴。《黄帝内经》认为风寒湿邪，侵袭人体，壅阻经络可致抽搐，如《素问·至真要大论》曰：“诸痉项强，皆属于湿”，“诸暴强直，皆属于风”，《灵枢·经脉》亦云：“经筋之病，寒则反折筋急”。至汉代张仲景提出误治伤津、筋脉失养可致抽搐。明《景岳全书·痉症》载：“凡属阴虚血少之辈，不能养营筋脉，以致抽搐僵仆者，皆是此证。如中风之有此者，必以年力衰残，阴之败也；产妇之有此者，必以去血过多，冲任竭也；疮家之有此者，必以血随脓出，营气涸也；……凡此之类，总属阴虚之证。”清代温热学派兴起，提出热盛津伤，肝风内动，引发抽搐，进一步丰富病因病理的认识。如《临证指南医案·痉厥》云：“五液劫尽，阳气与内风鸱张，遂变为痉。”《温热经纬·薛生白湿热病篇》：“木旺由于水亏，故得引火生风，反焚其本，以至痉厥”，同时在外邪致痉中补充了“湿热侵入以经络脉隧中”的认识，至此，对抽搐病因病机的认识基本完善。治疗本症根据辨证采用或清热滋阴或补血或通络的方法，解除抽搐状态。

本节所选医案的主治医家均认为采用针灸治疗抽搐有较好疗效，多以毫针、头针、刺血等方法息风解痉为治。

陆瘦燕医案：陆氏根据肝为风木之脏，相火内寄，体阴而用阳，其性刚主动，其气易升，全赖肾水以涵之，营血以养之，肺金清肃之气下降以平之，中州阜土之气以培之，则刚劲之质，得为柔和之用，遂其条达畅茂之性，则诸病不生。若精液内耗，肝阴不足，血燥生热，心火虚炎，以及伏邪化热，火热煽引，皆致风阳上僭，攻迫巅顶，走窜经络，眩晕、瞤动之症。《素问·至真要大论》所谓“诸风掉眩，皆属于肝”，即指言此。所治病例乃肝风窜扰阳明颊筋而致，陆氏取风池、风府以熄风邪；用大椎以清虚热；太阳、印堂、四白、迎香、地仓佐合谷以疏上窜面筋之风阳，以疏泄阳明为主，历时二月治愈。

焦顺发医案：为氟哌啶醇致扭转痉挛，头针选取双侧舞蹈震颤控制区上 1/2 治疗，针 2 次后完全恢复正常，说明头针的独特优势。

于书庄医案：于氏认为治疗抽搐应依据辨证取穴、配伍，采用不同的治疗方法和针刺手法才能取效。所治病例①，②虽然都是抽搐患者，但病因不同，所以治疗方法各异。前者初病时体质尚壮，重刺激还有即效，以后体质逐渐虚弱，故重刺激根本无效，于氏辨为虚风，采用补虚熄风法而收功。后者辨证为热极生风，只刺合谷、太冲等穴，泻热的力量不足，故针后暂效，配合少商、商阳、中冲三井穴放血，增强泻热的作用，再刺合谷、太冲等穴而取效，可见辨证之重要。



第三节 血证

一、贺普仁

肝郁化热，追血妄行型鼻衄《针具针法》

刘某，女，42岁。昨日突然感心中不适，继而鲜血从口鼻中衄出。当即用冷水淋头而止。下午稍活动后衄血又发，出血量多，不止，感头胀头痛，烦闷，大便干燥，小便黄赤，月经正常。声息正常，面苍黄，舌质稍紫，无苔，脉弦数。辨证：肝郁不舒，郁久化热上冲，追血妄行。治则：平肝泻火，清热凉血。取穴：少商。刺法：以中等火针用速刺法，点刺少商穴，并挤出少量血液，1次而愈。

二、陆瘦燕

气虚型尿血《陆瘦燕朱汝功针灸学术经验选》

王某，男，12岁，学生。1975年11月21日初诊。血尿已1.5年。1974年7月感觉头晕，腰部酸痛，到某医院求诊，小便化验：红细胞(卌)。服中药3个月，复查小便为红细胞(++)，以症状未减而停药，转来针灸治疗。当时小便中红细胞(++)，便意频数，颜色淡红，头晕腰酸，面色㿠白，形体消瘦，脉细，舌质淡苔薄。患儿平素好跑动、喜跳，伤气损络，营血外溢，治拟温气摄血，灸治观察之。灸穴：血愁、命门。治法：以上2穴，每次灸1穴，间日1次，先上后下，艾炷麦粒大，每穴每次灸5壮，每穴灸3次，共6次为1个疗程。第1疗程后，休息1周，再灸第2疗程，方法同上。该患儿第1疗程结束后，尿液化验为红细胞4～6个，白细胞0～2个。第2疗程灸完时，尿液化验红细胞已无，再灸1疗程以巩固疗效。停治后1个月复查尿液，红白细胞未找到，随访1年未发。

三、钟梅泉

(一)胃火上扰，络脉受损型鼻衄《中国梅花针》

仲某，男，6岁，1975年10月15日初诊。鼻间断出血已3年。多在早晨起床后出现，每次流血量3～4ml。出血时用冷敷前额一般能止血，每月要发生2～3次。经北京某医院检查未查出病因。曾用中西药物治疗均未收效。症见头晕常作，性急心烦，大便干，小便黄，夜寐欠安。检查：鼻部未见异常。颈椎2～4两侧、胸椎5～12两侧可摸到条索，并有压痛。脉细，苔薄。证属胃火上扰，络脉受损。拟以清胃火，止血活络为治。根据病证，选用鼻部、后颈部、胸椎5～12两侧、风池、印堂、百会、合谷、内关、胃俞、阳性物处进治。采用梅花针治疗8次，历时16d，鼻出血未见再现，头晕亦解，大便每日1次，夜寐安，胃纳佳，表情活泼，停诊观察。随访



2年1个月鼻出血未再现，疗效巩固。

(二)肝火犯肺，肺络损伤型咯血《中国梅花针》

阎某，男，43岁，工人，1969年10月13日初诊。患慢性支气管炎6年。经常咳嗽吐痰，并带血丝，血色鲜红。反复发作，每次发作需休息或住院治疗，历时月余症状才渐消。此次咳嗽吐痰已4d，2d来痰带血丝，咳引胁痛，痰黏，不易咳出，咽干，口苦，性急心烦，大便干，小便黄。曾服消炎止咳药和止血药物未收明效。检查：体温37.2℃，血压：120/76mmHg(16.0/10.1kPa)，胸部X线摄片显示两肺纹理增粗。在颈椎4～7两侧及胸椎3～10两侧可摸到条索和压痛，颌下有结节。脉弦数，苔薄黄，证属肝火犯肺，肺络损伤。拟以清肺泻火，止血化痰为治。根据病证，选取后颈部、气管两侧、颈动脉区、胸椎3～10两侧、骶部、人迎、太渊、阳性物处进治，重点叩打颈动脉区、气管两侧、人迎。当日进治2次，第2天咳嗽减轻，痰中带血偶见。以后每日治疗1次，经治3次咯血停止，咳嗽仍偶见。按前方继治11次，症状消失，精神转佳。为巩固调理，改用后颈部、胸椎3～8两侧、腰部、气管两侧、颌下部、太渊、中脘、膻中、肺俞、阳性物处进治。经治1个疗程(15次)，无不适感，随停诊。随访观察6年，咯血未复发。

四、魏　稼

(一)湿热内蕴，气血不足型便血《魏稼针灸经验集》

李某，男，50岁，工人，1984年2月28日初诊。主诉：春节期间，连日饮酒，致大便下血，血色鲜红，有时出血如溅，每日出血量4～5ml。原患内痔5年，日前又经某医院检查，诊断为内痔。近2周来经中西医治疗，血仍未止，乃来求治。症见面色苍白少华，形体尚丰，大便时结而血出淋漓，肛门灼热隐痛，粪便不含黏液，小便清，心烦少寐，食纳不佳，倦怠腿软，口干思饮，舌质红苔白，脉濡数。诊为湿热内蕴，血分有热，气血不足。取长强、二白、承山、合谷、血海、膈俞、足三里、阴陵泉……诸穴针刺操作先泻后补。复加挑痔法，于腰以下尾骶部找到瘀点用圆利针挑刺，挑断肌纤维数根，令稍出血。治3次，症未减。乃思唐容川《血证论》有“下血过多，阴分亏损，久不愈者，肾经必虚”之说，法当加补肾为治，按宋代王执中《针灸资生经》载肠风下血不止，按压命门酸疼处灸之一法，于命门两侧找到过敏点，乃施艾卷灸约20min，上午、下午各1次，次日复诊，患者称下血减少，继灸3d，血止，大便正常，肛门不感热痛而愈。但复检内痔仍在，嘱注意饮食调理，忌进辛辣燥热之品。

(二)燥伤肺胃，心肾不足型衄血《魏稼针灸经验集》

李某，男，8岁，学生，1994年8月20日初诊。母代诉：患儿从小常单侧鼻塞，2年前屡发左侧少量鼻出血，用止血药即止，20d前因玩双杠摔伤，致伤鼻部，出血更多，经用中西药物后血又止。近日左侧鼻孔又突然血流不止，每日1～2ml，有时鼻涕带血，无风湿热及口腔疾病史，检查鼻部皮肤无瘢痕，左鼻孔有残留血痂，五官科



检查有鼻中隔偏曲，现鼻衄已1周，伴口渴喜冷饮，咽干，夜寐易醒，面色少华，偶有盗汗，食纳尚可，大便正常，小便稍黄，舌尖红赤少苔，脉细数。证属外伤引发内病，燥伤肺胃，心肾不足，乃取尺泽、迎香、上星、太溪透昆仑、内关针刺，中等针感，用“饿马摇铃”手法，每隔数分钟运针1次，留针约30min。如此治3d，出血稍减。乃查阅巢元方《诸病源候论》，书中提到“邪热中于手少阴经，客于足阳明之络，故衄血也”。再从临床表现看，确有心阳浮越，心火伤阴之象，乃按巢氏取阴郄，朱丹溪取丰隆（足阳明络穴）止血之说，加用2穴针3次而血止。

（三）肝肾阴虚，虚火上灼型鼻衄《魏稼针灸经验集》

孙某，女，34岁，干部。经常鼻衄，不小心触动鼻部则易出血，已3年。近2个月鼻出血频繁。1991年4月9日初诊。鼻出血，伴鼻腔干燥不适，口苦咽干，夜寐咽干甚，苔薄黄，舌红嫩，脉细，有贫血及血小板减少史。检查见鼻中隔前下方立特区出血（虚火鼻衄）。证属肝肾阴虚，虚火上灼。治拟引火归源法，以肉桂末醋调敷贴涌泉穴为治。敷贴3d后鼻衄止。继续敷贴2个疗程，巩固疗效。6个月后随访未再复发。

五、张涛清

气血两虚型肌衄（血小板减少症）《张涛清针灸治验选》

刘某，女，43岁，1975年3月初诊。自诉：1971年始，出现疲乏无力，失眠，食欲不佳，食后胃痛，呕吐，头晕，头痛。经某医院诊断为“胃溃疡”。按溃疡病治疗多时未见好转。1975年发现皮肤有破伤时，流血不易止住，周身皮肤有紫红色小出血点，体重由50kg减为41kg。在一次静脉注射葡萄糖后，针孔处流血不止，经实验室血小板计数检查为51×10^9/L(51 000/mm^3)，诊断为“血小板减少症”，经多方治疗未愈，感到精神负担很重。1975年3月，开始在我院针灸治疗。检查：患者面色黄灰，全身皮肤上可见针尖样瘀点，舌红无苔，脉沉缓无力。诊断为血小板减少症，辨为气血两虚。治宜培补气血，调理脾肾。取穴：中脘、气海、关元、足三里、三阴交、膈俞、肾俞、血海。方法：进针得气后，施以平补平泻手法，每次留针20min，隔日针治1次。中脘、关元、肾俞、膈俞针后用艾条温和灸3min。针灸治疗期间，配合口服胃膜素，肌注丙种球蛋白。连续治疗5个月后，患者精神好转，体重增至51.5kg，血小板计数为140×10^9/L(140 000/mm^3)，乃停止针灸治疗，恢复工作，6个月后追访，再未复发。

六、吕景山

血热型鼻衄《中国当代针灸名家医案》

刘某，女，40岁，职员，1982年7月15日初诊。主诉：鼻出血3年，反复发作，近3d又发。病史：因其丈夫在太原工作，3年前来晋探亲，十余日后，突然鼻子出



血,时轻时重,日久不瘥,返回南方自愈,嗣后,每来晋探亲,屡屡发病。3d 前病又再发,伴有头昏,乏力,夜寐欠佳。检查:一般状态良好,面色苍白,舌淡,边有齿痕,苔薄白,脉细弱稍数。诊断:鼻衄,血热型。治疗:清热凉血止血。取穴:上星、禾髎、二间、内庭。操作:上星从上向下斜刺 0.5～0.8 寸,禾髎向鼻孔方向斜刺,二间刺 0.2～0.3 寸,内庭直刺 0.5～0.8 寸,均施以泻法,留针 25min。翌日复诊,自述昨日针后未再出血,守方又针 3 次。继则又去二间、内庭,加足三里治疗 5 次,以善其后,2 年后随访,病未再犯。

七、师怀堂

脾不统血型鼻衄《中国当代针灸名家医案》

陈某,女,43 岁,干部,1987 年 10 月 12 日初诊。主诉:鼻出血间断发作伴头晕 3 年。病史:3 年前无明显原因出现鼻出血,初时右鼻孔出血量不多,血色鲜红,当即以棉花堵塞鼻孔;3～4min 右鼻孔又出血不止,填堵后仍往外渗血,并伴有头晕、乏力。家人急送到太原某医院,血未能止,后又转入山西医院二院,该院给予止血处理,血止后回家约 3h 后又有出血,经人介绍邀余诊治,当即以毫针治疗,针 1 次后血止。以后每年发作 1 次,但量很少,自行填塞棉花即不再出血。1989 年 4 月 15 日又发鼻出血不止,伴头晕,且出血量较以往多,去医院诊治,止血效果不佳,遂又来我处诊治。既往史无高血压及出血性疾病。检查:发育中等,面色不华,精神萎靡。舌质淡红,苔薄黄;两脉濡细。心肺无异常。化验检查;血红蛋白 110g/L,血小板计数 80×10^9/L(80 000/mm^3),诊断:鼻衄,脾不统血型。治疗:健脾益气统血。取穴:上星、少商、中冲、隐白、大敦、商阳、关冲、至阴。操作:取 0.5 寸 28 号或 30 号毫针刺以上各穴,留针 15min。第 1 次针后出血即止,头晕减轻。此后为巩固疗效又连针 3d,方法同上,病即痊愈,随访至今未发。

八、赵尔康

胃火上攻型鼻衄《中国当代针灸名家医案》

冯某,男,34 岁,工人,1956 年 3 月 22 日初诊。主诉:鼻孔出血,时发时止 1 周。病史:1 周前无明显诱因开始鼻出血,时发时止,量多,色鲜红,伴发口渴,牙龈肿,口唇疱疹,小便短赤,大便秘结。曾服用中成药无效而求治于针灸。检查:神清体健,面色正常,语言流利,呼吸平稳,无甲状腺肿大,心肺正常,腹软,肝脾未触及。舌红,苔黄厚,脉洪数。诊断:鼻衄,胃中积热、胃火上攻型。治疗:清胃泻火,导热下行。取穴:足三里、丰隆、内庭。操作:上述腧穴,均用毫针泻法,每日 1 次,每次留针 20min。针刺 1 次后,小便正常,大便通利,至第 2d 来诊时,鼻孔未出血。仍按上穴针刺 2d 后,诸症消失,病告痊愈。随访 4 个月,再未流血。



【导读】

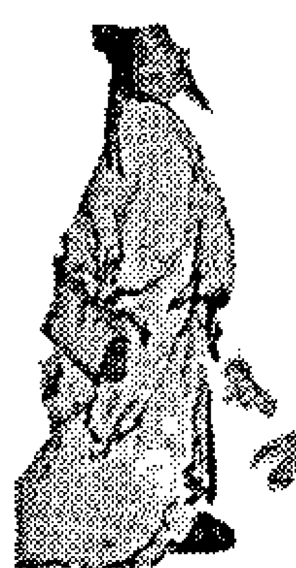
血证又名出血、溢血、失血，是以血液溢出脉外，从口鼻或前后二阴而出为主症。有咯血、鼻衄、便血、尿血等。兼证随着出血原因、病情缓急、血量多少的不同而异，常见者有头晕、发热、咳嗽、脘腹胀痛、胁痛、失眠、纳少等；若出血量多而急暴，则可见尿少、冷汗，四肢清冷、甚至厥脱，危重者可发生死亡。血证是一种急病重病，凡出血量多，病情急暴者，必须紧急抢救，切勿延误。西医学中由于血管壁结构和功能发生缺陷，血小板的量或质发生异常变化，血液凝血机制发生紊乱等原因所致各种出血性疾病，均归属于本病范畴。历代医家极为重视血证，《素问・至真要大论》说："火淫所胜，则温气流行，金政不平，民病……咳唾血"，《素问・举痛论》说："怒则气逆，甚则呕血，"《灵枢・杂病》说："衄而不止衄血流，取足太阳，衄血，取手太阳，不已，刺宛骨下，不已，刺腘中出血"，《灵枢・寒热》说："暴瘅内逆，肝肺相搏，血溢鼻口，取天府"等，对血证病因病机，针灸治疗等作了详细叙述。《诸病源候论》认为血证主要是热盛、气逆、劳伤，虚损等所致。目前认为血证的原因，主要有外感六淫，内伤七情，饮食失调，操劳太过，久病体虚等。

针灸治疗血证，始见于《黄帝内经》。以后在《针灸甲乙经》、《千金翼方》、《针灸大成》中均有针灸治疗血证的记载。

贺普仁医案：贺氏认为鼻衄是急症，可采用火针止血，取穴少商，以中等火针速刺，为急则治其标的应急措施，尚可配合毫针、冷敷、压迫、药物等法止血。血止之后应寻找导致出血的根本原因，并针对其病因，缓治其本，以预防再次出血。

陆瘦燕医案：陆氏认为尿血在临床上有虚实两类，实者多属暴起，尿血鲜红，尿道有热涩感觉，即五淋中之血淋；虚者多属久病，尿血淡红而无热涩之感。在治疗上前者以清热泻火、滋阴凉血为主，后者应以温复督阳、补气固摄为主。所治病例病程较长，当以虚证处之，治拟温气摄血，取督脉之命门及血愁灸之，以温补督阳、固摄下元，气温则能摄血，血受摄则尿血自止矣。血愁为经外奇穴，主治一切血证，位于第2腰椎棘突上，也在督脉经分野，督脉统摄全身阳气，故血愁穴与命门穴同用，相辅相成。

钟梅泉医案：钟氏体会梅花针对鼻衄收效快，疗效好。患者多在颈椎2～4两侧以及胸椎3～10两侧可摸到结节、条索，并有压痛。对于肺经热盛患者宜清热止血，选穴：颈椎2～4两侧、胸椎3～5两侧、鼻部、印堂、风池、太渊、合谷、肺俞、迎香、阳性物处。对于肝火上炎患者宜清肝泻火、降逆止血选穴：后颈部、鼻部、胸椎5～10两侧、骶部、风池、百会、印堂、内关、三阴交、肝俞、阳性物处。对于胃火上扰患者宜清胃火，凉血止血。选穴：鼻部、后颈部、胸椎5～12两侧、风池、百会、印堂、合谷、内关、心俞、胃俞、天枢、阳性物处。对于巩固调理期的患者选穴：鼻部、后颈部、胸椎3～12两侧、百会、印堂、太渊、肺俞、肝俞、胃俞、小腿内侧。对本病治疗一般多采用中等程度或重刺激。在阳性物及阳性反应区采取较重刺激手法。所治病



例①辨证为胃火上扰，络脉受损型鼻衄，选用鼻部、后颈部、胸椎 5～12 两侧、风池、印堂、百会、合谷、内关、胃俞、阳性物处采用梅花针治疗而愈。梅花针对咯血也能收效，对中、小量的咯血收效较佳。病例②辨证为肝火犯肺，肺络损伤型咯血，根据病证选取后颈部、气管两侧、颈动脉区、胸椎 3～10 两侧、骶部、人迎、太渊、阳性物处选用梅花针治疗，重点叩打颈动脉区、气管两侧、人迎而取效。

魏稼医案：出血一证，多数医家认为慎用灸法，然魏稼所治病例①便血案却用灸补肾阳，引郁热之气外泄，使阳生阴长而愈，可谓出奇制胜。热证忌灸一说，由来已久，魏氏综研百家学说，认为持热证可灸论者，也不乏其人，于是提出了热证可灸观点。这则医案，进一步证实了其论点的正确性。病例②衄血患者原属外伤加鼻中隔偏曲等局部原因引发，从中医辨证看，又与心、肾、肺、胃诸经关系较密切，由于始用针治之前辨证论治不够全面，故疗效较差。魏氏查阅《诸病源候论》，书中提到“邪热中于手少阴经，客于足阳明之络，故衄血也”。再从临床表现看，确有心阳浮越，心火伤阴之象，乃按巢氏取阴郄，朱丹溪取丰隆（足阳明络穴）止血之说，加用二穴针 3 次而血止。最后据巢氏用阴郄泻心火，据丹溪用丰隆止血治愈，足见古人经验可贵。从此也深刻体会到研习古代文献的重要性。病例③病例为顽固性鼻衄，证属虚火上炎，治拟以肉桂末醋调敷贴涌泉穴，引火归源法，敷贴 3 日后鼻衄止。

张涛清医案：血小板减少症分原发性和继发性两类，前者的病因至今不明；继发性者，多因骨髓器质性改变、感染、放射线和化学品药物的作用，使血小板过度破坏及脾脏功能亢进和其他一些原因所致。临床表现分急、慢性两类。目前无特殊治疗方法。张氏认为针灸治疗本病，主要是通过腧穴-经络-脏腑的调节作用，调整了人体的气血阴阳，调动了人体自身的免疫功能，使造血系统功能恢复正常，从而使血小板的数量增加，所治病例的痊愈，说明针灸对血液疾病有一定疗效，值得探索。

吕景山医案：鼻衄病例采用上星、禾髎配伍，出自《杂病穴法歌》：“衄血上星与禾髎”。二穴参合，善治鼻血诸症，急、慢性鼻炎。因上星位于鼻根上方，为督脉经气所发，有激发本经之气，清热止血之功，禾髎居于鼻下两旁，为大肠经气所止，不仅能疏调局部经气行气开窍，且可疏泻阳明经邪热，凉血止血，活血散瘀。二穴伍用，一上一下，三角鼎顶，直达病所，通经活络，清热止血之力益彰。佐以二间、内庭为手、足阳明经之穴，有“主身热”之作用，热除血止之后，去二间、内庭，加足三里，以健脾和胃，益气生血。如此急缓标本兼施疾病痊愈。

师怀堂医案：师氏认为鼻衄多因肺经蕴热或胃火炽盛，迫血上行，或肝肾阴虚，虚火上炎犯胃，或脾不统血，致血溢鼻窍。所治病例平素身体较弱，辨证为脾虚不能摄血，血溢脉道而出血。取上星穴为通鼻窍之要穴，可疏通血脉，取少商、商阳、关冲、中冲、隐白、大敦、至阴为五输之“井”，井穴为经气所出，《灵枢·本输》谓五脏六腑，皆出于井、入于合，从四肢而通于脏腑。针刺井穴可清泄郁于脏腑之热邪，同



时可调理经气，引血归源，血行其道，自可使衄血速止。

赵尔康医案：赵氏认为鼻衄病因甚为复杂，但总的可分为局部原因引起出血及全身其他原因侵袭于鼻而致出血两大类。所治病例平素嗜酒，湿热蕴积体内，日久化热，火热上攻，故选取丰隆既可清降胃火，又可化湿，以治其湿热之病本；足三里可清胃降火，以清泄胃肠之积热；井穴内庭可清降上攻之热邪，以引火下行，最善清胃肠之热。选穴虽少，但功专力宏，直达病所，故收良效。